01.2011

# unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

## BGH Richterin kritisiert Erstattungspraxis

# Auch teure Therapie muss von PKV bezahlt werden

**Private Krankenversicherungen (PKV) bezahlen lieber die Rechnung eines Patienten, als einen Streitfall vor Gericht in der letzten Instanz zu verlieren und damit ein Grundsatzurteil herbeizuführen. Dieses Vorgehen der Krankenversicherer hat jetzt die Richterin Dr. Sybille Kessal-Wulf in einem Fachaufsatz bestätigt. Therapeuten können ihre Patienten unterstützen, gegen die PKV gerichtlich vorzugehen.**

Praxisinhaber kennen die Situation nur zu gut: ein Privatpatient kommt mit dem Schreiben der PKV an die Rezeption. Der Tenor des Schreibens immer gleich: „Ihr Therapeut ist zu teuer, aber wir sind kulant und bezahlen dieses eine Mal noch die Rechnung. In Zukunft suchen Sie sich unbedingt einen billigeren Therapeuten, denn wir sind rechtlich nicht verpflichtet, Ihren teureren Therapeuten zu bezahlen“. Begründet werden diese Aussagen mit Hinweisen auf zahlreiche Urteile vor verschiedenen Gerichten. Viele Therapeuten möchten die dann folgende Diskussion mit dem Patienten vermeiden und buchen den nicht erstatteten Betrag aus. Allerdings spekulieren die Versicherer genau auf dieses Verhalten und führen ihre Patienten regelmäßig in die Irre. Vollkommen zu Unrecht, meint der Medizinrechtler Emil Brodski aus München und verweist in der Ärztezeitung auf einen aktuellen Fachaufsatz der Richterin Dr. Sybille Kessal-Wulf am Bundesgerichtshof (BGH). Sie berichtet über strittige Erstattungsfälle und kommt dabei zu unerwünschten Ergebnissen für die PKV.

### Im Streitfall bis vor den BGH ziehen

In den von Dr. Kessal-Wulf beschriebenen Fällen ging es zwar nicht um Heilmittel, sondern um die Kostenübernahme von Laserbehandlung der Augen. Die Begründung

*Übernimmt der Versicherer die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, so kann er nicht auf einen billigeren Anbieter einer Heilbehandlung verweisen.*

der BGH Richterin ist aber auch auf die Situation im Heilmittelbereich übertragbar, denn sie macht deutlich, dass es sich für Privatpatienten lohnen kann, im Streitfall bis vor den BGH zu ziehen.

Den Versicherungsbedingungen der PKV sei nicht zu entnehmen, so die Richterin, „... dass außer der medizinischen Notwendigkeit andere (finanzielle) Aspekte bei der Beurteilung der Erstattungsfähigkeit der Kosten einer Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen.“ Zwar würde ein normaler Patient verstehen, dass für beliebige Behandlungsmaßnahmen nicht die Kosten erstattet werden könnten, allerdings nicht, „dass der Versicherer seine Leistungspflicht darüber hinaus auf die günstigste Behandlungsmethode beschränken...“will. Die Richterin des BGH widerspricht damit der PKV genau in dem Punkt, den die Versicherer in ihrer Argumentation gegenüber den Privatpatienten geradezu gebetsmühlenartig wiederholen: Der Patient müsse den günstigeren Anbieter wählen! – Stimmt nicht, sagt die Richterin!

>>>

**Aktuell**

**Krankenkassenfinanzen nach dem 3. Quartal 2010**
Plus 5,9 %: Heilmittelerbringer sind Gewinner 7

**Heilmittelprovison an Ärzte**
Vorsicht: Gerichte verurteilen Ärzte wegen Bestechlichkeit 9

**Streit über Interpretation von DAK-Zahlen:**
„Zuviel, zu oft, zu lang“? 10

**Konzepte**

**Wie Praxen in den Wellnesmarkt einsteigen können**
IFK Wellnessmarke bürgt für Qualität 16

**SchmerzNetzNRW**
Physio- und Schmerztherapeuten unter einem Dach 18

**Tipps**

**Praxisausfallversicherung**
Chefin krank – was nun? 19

**Aus der Beraterpraxis**
Praxisziele fest im Blick 21

**Zum Jahreswechsel**
Alten Ballast abwerfen! 22

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** leitbild

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de

## Kommentar

# Von wegen „Augenhöhe“!

**„Sollten wir nicht mal anfangen, uns auf Augenhöhe zu treffen?“, fragt der junge Mann in dem aktuellen Werbespot der ERGO Versicherungsgruppe. Doch so schön die Hochglanzheilewelt der Werbung auch ist, sie hält selten, was sie verspricht. Konsultiert ein Privatpatient, der bei der DKV (der Krankenversicherung in der ERGO-Gruppe) versichert ist, nämlich einen Therapeuten, der mehr kostet als das, was die Kasse für „angemessen“ oder „ortsüblich“ hält, ist das Gejaule groß. Die Kasse will nicht erstatten, verweist auf zahlreiche Gerichtsurteile und lamentiert über viel zu teure Therapeuten. Dann gibt es einfach weniger oder kein Geld! Von wegen „Augenhöhe“!**

Für Versicherte der DKV muss die Werbung der ERGO-Gruppe ein echter Schlag ins Kontor sein: „Könnt Ihr einfach mal aufhören mich zu verunsichern und anfangen mich zu versichern?“ fordert der Hauptdarsteller des Werbespots. Aber Verunsicherung abzubauen, das schafft die DKV mit ihrer willkürlich anmutenden Erstattungspolitik garantiert nicht.

An dieser Stelle sind Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden gefragt. Sie können die Verunsicherung ihrer Privatpatienten auffangen, indem sie über die Erstattungspraxis der Privaten Krankenversicherer aufklären, Musterbriefe bereitstellen und sich nicht dafür schämen, für erstklassige Leistung Geld zu nehmen.

Sorgen Sie dafür, dass der Ärger über mangelnde Erstattungen bei der Versicherung landet und nicht in Ihrer Praxis.

*Herzlichst Ihr*

*Ralf Buchner*
*Herausgeber*

>>> Fortsetzung S. 1

Inzwischen hat die PKV – ebenfalls in der Ärztezeitung – bestritten, dass es um die Vermeidung von Grundsatzurteilen gehen würde. Die Argumentation liest sich allerdings eher wie eine Bestätigung der Vermutung der Richterin, die PKV vermeide Grundsatzurteile. „Es ist normal beizugeben, wenn abzusehen ist, dass das Gericht die eigene Auffassung nicht bestätigt – nicht nur im Bereich der PKV“, argumentiert der PKV-Verband. „Es besteht kein geschütztes Interesse eines Klägers, dass aus seiner Sache eine Grundsatzentscheidung wird“. Ihm werde geholfen, wenn der Versicherer leistet.

### Gegenwehr lohnt sich

Für Therapeuten und Patienten bedeutet das: Jeder Verweis der PKV auf Urteile, die angeblich belegen, dass zum Beispiel nur der beihilfefähige Höchstsatz zu erstatten sei, müssen angezweifelt werden. Nur weil irgendein Gericht irgendwann einen ähnlichen Fall zugunsten der Versicherung entschieden hat, heißt dies noch lange nicht, dass sich Gegenwehr nicht lohnt. *(bu)*

**up-premium plus**

Helfen Sie Ihren Patienten die PKV zu verklagen. Passende Musterschreiben finden Sie auf der Internetseite *www.privatpreise.de* und können Sie bei der *up-premium plus* Hotline kostenlos als Word-Datei anfordern.

### i Hintergrund

„Der Versicherungsnehmer, der vom Wortlaut der auszulegenden Klausel ausgeht und ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang berücksichtigt, kann aus [den Musterbedingungen]... nicht entnehmen, dass außer der medizinischen Notwendigkeit andere (finanzielle) Aspekte bei der Beurteilung der Erstattungsfähigkeit der Kosten einer Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen. [...] Übernimmt der Versicherer ... die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkungen, so kann er ihn schon nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält.“

*Auszug aus dem Artikel Dr. Kessal-Wulf: „Die neuere Rechtsprechung des BGH zum Versicherungsrecht – Unfallversicherung und Krankenversicherung“, r+s, 2010; 359:*

**Impressum**

buchner

**Herausgeber:** Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119–0, Fax –99
*redaktion@up-aktuell.de, www.buchner.de*

**V.i.S.d.P.:** Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber) | **Chefredaktion:** Heidi Kohlwes

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15,– Euro • im Abo: 12,– Euro

**Quellen und Autoren dieser Ausgabe:**
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Christian Beneker (ben), Björn Schwarz (bj), Nehle Mahnken (nm), Beate Buchner (bb); Lektorat: Ulrike Stanitzke

**Layout:** Mario Durst, Köln

**Fotos:** © fotolia: B. Reitz-Hofmann (1), Kzenon (6), G. Sanders (9, 19), Peter 38 (14), vloenerjung (15), L. F. Young (20); C. Sautter-Müller (12), IFK (16, 17), I. Götz (17),

## Nicht jede Praxis braucht ein Leitbild

# Konkrete Aussagen geben Orientierung

**Wer ein Praxisleitbild hat, kann seine Mitarbeiter für Ziele begeistern. Er gibt Patienten und Ärzten eine Orientierung, was sie in der Praxis erwartet. Er unterscheidet sich von anderen und positioniert sich auf dem Gesundheitsmarkt. Entscheidend ist dabei immer das klar ausformulierte Ziel.**

„Wir setzen hochwertige Trends für angenehmere Lebensqualität" – „Alle Ihre Behandlungen erfolgen nach neuesten Erkenntnissen" – „Den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten ist unsere Stärke" – das sind nicht etwa Zitate aus der Werbebroschüre eines Kosmetikinstituts oder eines Schönheitschirurgen, sondern Auszüge aus den Praxisphilosophien und Leitbildern von Heilmittelpraxen. Doch solch leere Phrasen und werbewirksame Worthülsen haben in einem Leitbild nichts zu suchen.

### Leitbild als Rahmen

Was ist also gemeint, wenn wir von einem Leitbild reden? Ein Leitbild ist eine ausformulierte Darstellung der Visionen und Ziele einer Praxis. Es bildet den Rahmen für die Praxis und seine Mitarbeiter. Es gibt den Mitarbeitern und Patienten einen Überblick über die wichtigsten Ziele, Standards und Prinzipien der Praxis. Ein Leitbild ist konkret und klar formuliert.

Wenn es aber offenbar gar nicht so einfach ist, ein gehaltvolles Leitbild zu erstellen, lohnt sich da überhaupt die Mühe? Die meisten Praxen kommen doch auch ohne Leitbild gut klar? Getreu dem Motto, „never change a running system" (Verändere niemals ein funktionierendes System), besteht häufig kein großer Handlungsdruck. 2010 werden die Heilmittelerbringer bundesweit satte Umsatzzuwächse haben. Wer einigermaßen vernünftig wirtschaftet, macht Plus. Es gibt also keinen Grund, ein Leitbild oder eine Praxisphilosophie zu formulieren. Oder doch?

### Orientierung für die Mitarbeiter

Bei mehr Umsatz braucht eine Praxis auch mehr Therapeuten – nicht irgendwelche, sondern die guten, die Berufserfahrenen mit Zusatzausbildung. Diese zu finden, ist gar nicht so einfach. Da könnte ein Leitbild helfen. Denn das ist die eine Aufgabe des Praxisleitbildes: Es soll Mitarbeitern die Frage beantworten, wofür es sich lohnt, morgens aufzustehen! Und: Wie gehen wir miteinander und mit anderen um? Die andere Aufgabe eines Leitbilds ist die Wirkung nach außen: Warum sollen Patienten gerade in unsere Praxis kommen? Warum sollen Ärzte gerade mit unserer Praxis zusammenarbeiten?

Wenn aber ein Praxisleitbild in der Erwartung der Mitarbeiter, Kunden und Zuweiser solche Fragen beantworten soll, sind Phrasen und Marketinggeklingel kontraproduktiv. Den Text „Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns" findet man zwar in jedem zweiten Praxisleitbild von Physio-, Ergotherapie- und Logopädiepraxen, aber er beantwortet nicht eine dieser Fragen. Obendrein hält dieser Satz dem Realitätscheck nicht stand: Patienten wissen beispielsweise, dass es so wenig Abendtermine gibt, weil die Mitarbeiter keine Lust auf allabendliche Spätdienste haben – und die Mitarbeiter wissen das auch. Ein Grund mehr, solcherlei Wunschdenken einfach wegzulassen. Also doch kein Praxisleitbild?

Inhalt

## Thema: Leitbild


- Orientierung statt Plattitüden 3
- Visionen und Leitbilder der Verbände aus aller Welt 4
- Sieben Schritte, um ein Leitbild zu schreiben, das wirkt! 5
- Praxisziele fest im Blick 21


### Orientierung für die Patienten

Das Gesundheitswesen wird für Patienten immer unübersichtlicher. Für sie ist es schwer herauszufinden, was zum Beispiel der Unterschied zwischen einer Logopädiepraxis und der Praxis einer Diplom-Sprachlehrerin ist. Was unterscheidet medizinische Trainingstherapie in einer Rehaeinrichtung von Medical Fitness im Fitnessstudio? Macht man Zirkeltraining besser beim Orthopäden, bei Mrs. Sporty oder in der Physiopraxis? Und was ist eigentlich der Unterschied zwischen Physio- und Ergotherapie? Patienten wollen Orientierung, klare Aussagen und Argumente, die eine Entscheidung für oder gegen einen Leistungserbringer erleichtern. Das Praxisleitbild soll die Antworten auf all diese Fragen geben. Je konkreter es formuliert ist, desto besser können sich potentielle Patienten orientieren.

Je konkreter das Praxisleitbild wird, desto mehr nimmt allerdings ein subjektiver Druck auf die Praxis zu. Denn was man verspricht, muss man auch halten, finden jedenfalls Ihre Mitarbeiter und treffen eine Entscheidung: Entweder sie halten die Versprechen des Leitbildes für realistisch und versuchen, sie umzusetzen, oder – und das ist die Regel – sie entlarven das Leitbild als hübsche Idee und gehen zur Tagesordnung über. In großen Firmen oder Behörden heißt das dann: „Gelesen, gelacht, gelocht" und das Leitbild verschwindet in der untersten Schublade. Das zu verhindern ist eine echte Führungsaufgabe! >>>

>>> Fortsetzung S. 3

### Leitbild ist Chefsache

Gute Leitbilder sagen also klar und deutlich, wo die Praxis steht, wo sie hin will und wie sie ganz konkret dort hinkommt. Das ist eine echte Führungsaufgabe für Praxischefs: Visionen, Ziele und Strategien müssen so abgestimmt werden, dass einerseits die Mitarbeiter die Aufgabenstellung für realistisch genug halten, um zu beginnen, und andererseits die Arbeit herausfordernd genug ist, auch am Ball zu bleiben.

die konkrete Rechtslage im Klaren zu sein? Haben Sie schon einmal bei einer Preisdiskussion mit einem Privatpatienten nachgegeben, obwohl Sie das eigentlich nicht wollten? Das alles sind typische Beispiele aus dem Praxisalltag. Wer sich aber über die Praxisausrichtung klar ist, der kann zum Beispiel Investitionsentscheidungen mit seinem Leitbild abgleichen und entscheidet unter Umständen anders. Auch ein Streit mit der Krankenkasse ist mit einem guten Leitbild im Hintergrund selbstbewusster durchzustehen.

Wem das als Praxischef zu viel Aufwand ist, der kommt sicher auch ohne Leitbild aus. Gerade kleine Praxen mit zwei oder drei Angestellten benötigen nicht zwangsläufig ein ausgefeiltes Leitbild. Dennoch muss man sich auch hier darüber klar sein, wohin die Reise gehen soll. Denn sonst besteht die Gefahr der Fremdbestimmung: Haben Sie schon einmal Investitionen getätigt, die Sie gar nicht geplant hatten? Haben Sie schon einmal eine Formalie eingehalten, weil die Krankenkasse das wollte – ohne sich über

Ob Vision, Leitbild oder Praxisphilosophie – wenn Sie sich über Ihre Ziele klar sind und diese in einem Praxisleitbild genauso klar formulieren, helfen Sie Ihren Kunden, Sie wahrzunehmen, Ihren Mitarbeitern, sich im Hinblick auf die Praxisziele richtig zu verhalten, und Sie helfen sich selbst, ganz konkret im Tagesgeschäft Entscheidungen zu fällen. Und wenn Sie nicht so konkret werden wollen oder können, dann vergessen Sie das Thema Leitbild einfach wieder – denn schlimmer als kein Leitbild ist ein Schein-Leitbild! *(bu)*

## i Visionen und Leitbilder der Verbände aus aller Welt

**Leitbilder sind nicht nur für Praxen wichtig, sondern natürlich auch für die Verbände. Ein Blick auf die Leitbilder einiger Physiotherapieverbände zeigt, dass es schwierig zu sein scheint, klare Ziele für die Zukunft zu formulieren, die leicht verständlich sind und keine Worthülsen enthalten.**

### Schweizer Physiotherapie Verband FISIO

- Der Schweizer Physiotherapie Verband ist ein unverzichtbarer, anerkannter und gleichwertiger Akteur im interdisziplinären und politischen Umfeld des Gesundheitswesens.
- Die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut ist kompetent im fachlichen, sozialen, kommunikativen und berufspolitischen Bereich; er/sie handelt eigenverantwortlich und pflegt einen wertschätzenden Umgang mit den Patientinnen/Patienten, Kundinnen/Kunden und allen anderen Berufspartnern.

### Deutscher Verband für Physiotherapie ZVK

- Wir wollen eine qualitativ hochwertige Ausbildung für Physiotherapieschüler und fordern in diesem Zusammenhang die Akademisierung der Ausbildung.
- Wir wollen Arbeitsplätze sichern und neue Tätigkeitsfelder für Physiotherapeuten erschließen.
- Wir machen uns stark für ein interessantes und qualitätsorientiertes Fort- und Weiterbildungsangebot.
- Wir wollen die Anerkennung des deutschen Physiotherapie-Abschlusses in allen Ländern der Europäischen Union.
- Wir wollen die Zukunft unseres Berufsstandes sichern und weiterentwickeln.
- Wir wollen das Bewusstsein für den hohen Stellenwert der Physiotherapie in der Bevölkerung stärken.

# Sieben Schritte, um ein Leitbild zu schreiben, das wirkt!

**Leitbilder, die so beliebig sind, dass man sie für jede zweite Therapiepraxis benutzen kann sind überflüssig! Was Praxisinhaber brauchen ist ein Leitbild bzw. eine Praxisvision, die so klar und konkret ist, dass es Wirkung entfaltet. Hier sind sieben Schritte, die Sie zu Ihrem Leitbild führen.**

**1.** Finden Sie die Werte heraus, die Sie und Ihre Mitarbeiter täglich aufs Neue motivieren (sollen). Das Reiss Profil ist eine gängige Möglichkeit, um genau diese Werte zu ermitteln. Steven Reiss ist mit seiner Methode gelungen, alles was Menschen antreibt und bewegt in nur 16 Grundkategorien einzuteilen. Auf diesem Weg können Sie beispielweise herausfinden, ob es mehr der Idealismus ist, der im Mittelpunkt Ihres täglichen Handelns steht und doch eher Ihr Wunsch Kontrolle zu haben. (siehe dazu http://www.up-aktuell.de/themenliste/themen/2010/06/wissen-was-antreibt-10408.html)

**2.** Tragen Sie zusammen, welche Patienten- und Kundenbedürfnisse Sie mit Ihren Leistungen befriedigen wollen. Ein klassisches Beispiel könnte sein, dass in Ihrer Therapie immer aus Kundenbedürfnissen messbare Therapieziele abgeleitet werden. Zur Zielerreichung ist dann stets der verabredete Einsatz von Therapeut und Patient notwendig.

**3.** Schreiben Sie auf, welche grundlegenden Anforderungen Ihre Leistungen erfüllen (Preis, Evidenz, Innovation, Kundenutzen). Vielleicht sind Sie ja eine Praxis, in der nur „Methoden" angewandt werden, deren Nutzen in wissenschaftlichen Studien belegt ist."

**4.** Legen Sie Ihre angestrebte Marktstellung und das Einzugsgebiet Ihrer Praxis fest. Dabei ist es wichtig festzulegen, ob 50 % der Verordnungen für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung aus Ihrer 6.000 Einwohner-Gemeinde bei Ihnen therapiert werden, oder ob 90 % aller Kinder mit einer Schluckproblematik aufgrund einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte im Umkreis von 100 km in die Praxis kommen.

**5.** Überlegen Sie sich, was andere (Zuweiser, Patienten und Kunden, Krankenkassen) über Ihre Praxis sagen sollen. Leiten Sie daraus ab, wie Sie täglich handeln wollen, um dies zu erreichen. Vielleicht möchten Sie ja gerne hören, dass Ihr Hauptzuweiser sagt: „Da kann ich mir sicher sein, dass ich mit der Therapiedokumentation für jeden Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Therapie belegen kann".

**6.** Mitarbeiter sind für Ihre Praxis von besonderer Bedeutung. Legen Sie deswegen fest, wie Sie Ihren Mitarbeitern den Sinn der täglichen Arbeit vermitteln, um sie stetig zu motivieren. Beispielsweise kann es in Ihrer Praxis fester Bestandteil sein, dass mit jedem Mitarbeiter im individuellen Mitarbeitergespräch erarbeitet wird, welchen Anteil er bei der Erreichung der übergeordneten Praxisziele hat.

**7.** Ergänzen Sie Ihr Leitbild um Ihre ökonomischen Zielvorstellungen. Wenn Ihre Praxis darauf ausgerichtet ist, Gewinn zu erzielen, dann dürfen Sie auch gerne schreiben, „dass Sie Gewinn erzielen, um dafür sorgen, dass auch bei veränderten Rahmenbedingungen Arbeitsplätze sicher sind und die Praxis die Möglichkeit hat, regelmäßig durch Innovation auf dem neuesten Stand zu sein."

Mit diesen sieben Schritten haben Sie sich ein sehr umfangreiches aber trotzdem sehr konkretes und genau auf Ihre Praxis zugeschnittenes Rohmaterial für Ihr Leitbild erarbeitet. Jetzt können Sie loslegen und z.B. mit Ihren Mitarbeitern daraus IHR Leitbild formulieren. *(bj/nm)*

### Bundesverband der Physiotherapeuten Österreichs physioaustria

1. Physio Austria ist die alleinige gesetzliche Interessenvertretung für alle in Österreich tätigen PhysiotherapeutInnen
2. Physio Austria ist eine Berufsvertretung, der alle Berufsangehörigen gerne angehören
3. Physio Austria ist das Unternehmen, das die Qualität des Berufes Physiotherapie sichert
4. Physio Austria arbeitet initiativ im Kreise der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD) und ist Motor in der Weiterentwicklung der Agenda der MTD

### American Physical Therapy Association APTA

"By 2020, physical therapy will be provided by physical therapists who are doctors of physical therapy, recognized by consumers and other health care professionals as the practitioners of choice to whom consumers have direct access for the diagnosis of, interventions for, and prevention of impairments, functional limitations, and disabilities related to movement, function, and health."

(Physiotherapie wird bis zum Jahr 2020 von Physiotherapeuten erbracht, die einen Doktor der Physiotherapie haben. Sie sind von Patienten und Ärzten als ausgesuchte Fachleute anerkannt und haben den direkten Zugang zum Patienten. Ihre Aufgabe ist das Stellen von Diagnosen, die Durchführung von Behandlungen und die Verhütung von Beeinträchtigungen.

## Aktuelle Heilmittelrichtgrößen in Hamburg

# 263 Prozent mehr für Kinderärzte

*Kinderärzte sind die Spitzenreiter beim Zuwachs der Heilmittelrichtgrößen.*

**In Hamburg haben die veröffentlichten Heilmittelrichtgrößen erheblich zugelegt und das Heilmittelausgabenvolumen ist deutlich gewachsen. Die vereinbarten Vorab-Praxisbesonderheiten zeigen, dass in Hamburg fast jeder Patient genau die Heilmitteltherapie erhalten kann, die notwendig ist.**

Seit Ende 2008 haben sich die KV Hamburg und die Krankenkassen nicht auf neue Heilmittelrichtgrößen einigen können. Deshalb galten seitdem die alten Richtgrößen aus 2008. Doch nun ist man sich einig geworden und hat sehr regresssichere, vertragliche Rahmenbedingungen für Heilmittelverordnungen geschaffen: Das Heilmittelausgabenvolumen wächst mit über 99 Millionen Euro um immerhin 39 Prozent. Zum Vergleich: 2009 wurden in Hamburg von den Krankenkassen knapp über 91 Millionen Euro für Heilmittel ausgegeben. Da ist für 2011 also noch ein wenig Luft, obwohl allein in 2010 der Anstieg fast 14 Prozent beträgt.

Die festgelegten Richtgrößen für die einzelnen Facharztgruppen sind sehr deutlich gewachsen: Kinderärzte (+263 Prozent) sind die Spitzenreiter, Internisten legen noch dreistellig zu (bis zu +104 Prozent), Allgemeinmediziner (+48 Prozent/+95 Prozent) bekommen mehr Verordnungssicherheit. Orthopäden sind mit einem Zuwachs von nur knapp über 20 Prozent die Schlusslichter der Fachgruppen mit Heilmittelrichtgrößen.

Die in der Prüfungsvereinbarung festgelegten Vorab-Praxisbesonderheiten gelten nicht nur für die Richtgrößenprüfungen, sondern auch für Ärzte, die nach Durchschnittswerten geprüft werden – in Hamburg sind das zum Beispiel die HNO-Ärzte. Die Liste der Vorabpraxisbesonderheiten ist ausführlich und lang, spezielle Abrechnungsziffern erleichtern den Ärzten die Meldung von Praxisbesonderheiten bei der KV.

**Ganz konkret:** Die KV Hamburg hat die Praxisbesonderheiten bei Heilmittelverordnungen als Anhang in der neuen Prüfungsvereinbarung versteckt. Damit könnten einige der zuweisenden Ärzte diese Informationen schlichtweg übersehen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass alle Hamburger Praxisinhaber ihre Ärzte ausdrücklich auf die deutlich erhöhten Richtgrößen und die umfangreichen Vorab-Praxisbesonderheiten aufmerksam machen. *(bu)*

**up-premium plus**

*up-premium plus* Kunden können alle Unterlagen für Hamburg wie gewohnt bei der Hotline unter 0800/9477360 kostenlos abrufen. Zusätzlich finden Sie alle Richtgrößen, die Richtgrößenkalkulationstabelle, alle Vereinbarungen und Verträge auch im Internet unter www.heilmittel-regress.de oder direkt auf der Internetseite der KV Hamburg.

## Heilmittelvereinbarung KV Nordrhein

# 3,7 Prozent mehr Heilmittel

**Service:**
**Alle Informationen auf www.kvno.de oder www.heilmittel-regress.de.**

**up-premium plus**

*up-premium plus* Kunden können sich die Unterlagen über die *up-premium plus* Hotline kostenlos zuschicken lassen.

**Ärzte im Gebiet der KV Nordrhein können für 15 Millionen Euro mehr im kommenden Jahr Heilmittel verordnen. Das ist das Ergebnis der gerade veröffentlichten Heilmittelvereinbarung, die als Ausgabenvolumen eine Summe von 419 Millionen Euro vorsieht. Das entspricht einer Steigerung von 3,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.**

2010 lag das Ausgabenvolumen der KV Nordrhein noch bei 404 Millionen Euro. Würde man die Heilmittelausgaben des ersten Halbjahres 2010 der KV Nordrhein auf das gesamte Jahr hochrechnen, dann bekäme man eine Summe von rund 409 Millionen Euro. Mit der jetzigen Steigerung bleibt für das Jahr 2011 genug Luft, um die Regressangst der verordnenden Ärzte in Grenzen zu halten.

Umgerechnet auf die Richtgrößen der einzelnen Fachgruppen sind zum Teil erhebliche Korrekturen vorgenommen worden, die sich nach Versichertengruppe (AV=Allgemeinversicherte/RV=Rentenversicherte) unterscheiden. Gewinner sind die Chirurgen, die mit +9,6 % (AV) den Spitzenplatz besetzen, gefolgt von den Kinderärzten mit +4,11 % (AV). Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten können mit jeweils 3,18 % (AV) einen schwachen Zuwachs verbuchen, aber müssen im Bereich der Rentner mit -10,4 % deutlich höhere Abschläge hinnehmen. Verlierer sind die fachärztlichen Internisten mit einem Rückgang von -19,26 % (AV) und die HNO-Ärzte mit -16 % (AV).

Wie gehabt, gelten die Vorabpraxisbesonderheiten der KV Nordrhein. *(bu)*

## Krankenkassenfinanzen nach dem 3. Quartal 2010

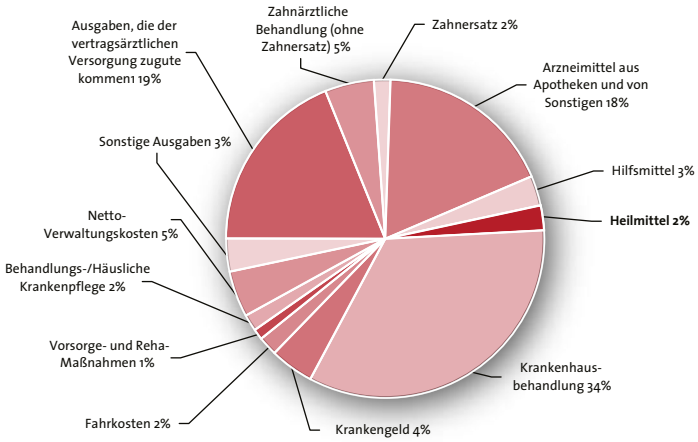
# Plus 5,9%: Heilmittelerbringer sind Gewinner

**Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen ist wie erwartet ungünstiger verlaufen als im Jahr 2009. Der Überschuss der Kassen beträgt nach dem dritten Quartal 2010 nur noch 277 Mio. Euro, im Vorjahr waren es noch 1,4 Mrd. Alle Inhaber von Heilmittelpraxen freuen sich dagegen über einen Zuwachs von 5,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Das sind die zweithöchsten Zuwächse aller Leistungserbringer im System der GKV.**

Waren nach dem zweiten Quartal 2010 Arzthonorare und Heilmittelumsätze in ihren Zuwächsen mit 5,4 Prozent noch gleichauf, so haben die Heilmittelerbringer im dritten Quartal noch einmal ordentlich zugelegt und mit einen Zuwachs von 5,9 Prozent fast alle anderen Leistungserbringer hinter sich gelassen. Im Schnitt wachsen die Leistungsausgaben um 3,9 Prozent. Nur die häusliche Krankenpflege konnte mit 11,4 Prozent stärker wachsen. Der Zuwachs der Arzthonorare verlangsamte sich auf 3,4 Prozent.

Vom ersten bis dritten Quartal 2010 standen in der gesetzlichen Krankenversicherung Einnahmen in Höhe von rund 131,2 Mrd. Euro Ausgaben in Höhe von rund 130,9 Mrd. Euro gegenüber. Bei der Betrachtung der zu erwartenden Finanzentwicklung im weiteren Jahresverlauf ist zu beachten, dass die Ausgaben der Krankenkassen im vierten Quartal regelmäßig höher sind als im Durchschnitt der ersten drei Quartale, während die Einnahmen stabil bleiben. Bezogen auf das Gesamtjahr 2010 prognostiziert das Bundesgesundheitsministerium ein Defizit für die gesetzlichen Krankenkassen.

**Ganz konkret:** So schön Zuwächse im Heilmittelbereich für alle Praxen sind, so vorsichtig sollte man mit der öffentlichen Freude darüber sein. Die verordnenden Ärzte können das schöne Wachstum schnell durch Verordnungszurückhaltung stoppen. Deswegen orientieren sich alle Heilmittelerbringer an der Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums. Dort wird der Zuwachs der Heilmittel freundlicherweise gar nicht erwähnt. *(bu)*




| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung | in Mrd. Euro 1. bis 3. Quartal 2009 | in Mrd. Euro 1. bis 3. Quartal 2010 | absolute Differenz in Mrd. Euro 1. bis 3. Q. 2010 zu 1. bis 3. Q. 2009 |
|---|---|---|---|
| Ausgaben insgesamt | 126,38 | 130,91 | 4,53 |
| mit Zuzahlungen der Versicherten | 130,06 | 134,70 | 4,64 |
| Leistungen insgesamt | 119,30 | 123,55 | 4,25 |
| *mit Zuzahlungen der Versicherten* | *122,98* | *127,35* | *4,37* |
| ***darunter – jeweils mit Zuzahlungen –:*** | | | |
| Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen 1 | 24,18 | 24,78 | 0,60 |
| Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz | 6,31 | 6,43 | 0,12 |
| Zahnersatz | 2,31 | 2,39 | 0,09 |
| Zahnärztliche Behandlung insgesamt | 8,62 | 8,82 | 0,21 |
| Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen | 23,42 | 24,32 | 0,90 |
| Hilfsmittel | 4,57 | 4,66 | 0,08 |
| Heilmittel | 3,28 | 3,46 | 0,18 |
| Krankenhausbehandlung | 42,36 | 44,18 | 1,82 |
| Krankengeld | 5,35 | 5,85 | 0,51 |
| Leistungen im Ausland | 0,38 | 0,40 | 0,02 |
| Fahrkosten | 2,66 | 2,72 | 0,06 |
| Vorsorge- und Reha-Maßnahmen | 1,92 | 1,85 | -0,07 |
| Soziale Dienste/Prävention/Impfungen | 1,68 | 1,27 | -0,41 |
| Schwangerschaft/Mutterschaft2 | 0,74 | 0,75 | 0,01 |
| Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege | 2,13 | 2,36 | 0,23 |
| Sonstige Leistungsausgaben | 1,7 | 1,92 | 0,22 |
| Sonstige Aufwendungen | 0,70 | 0,74 | 0,04 |
| Netto-Verwaltungskosten | 6,38 | 6,62 | 0,23 |

*Quelle: GKV Statistik BMG, Vordruck KV 45*

## Neue Konzepte gefordert

# Aktuelle Rehasport-Rahmenvereinbarung tritt zum Jahresbeginn 2011 in Kraft

**Jetzt ist es offiziell! Ab dem 01.1.2011 gilt die neue Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. Die überwiegend redaktionellen Änderungen haben kaum besondere Auswirkungen für die Heilmittelpraxen, die Rehasport anbieten. Eine gravierende Veränderung gibt es allerdings.**

Zukünftig dürfen im Rahmen des Rehasports keine Übungen mehr an Geräten durchgeführt werden, die dem Muskelaufbau oder dem Ausdauertraining dienen. So steht es in Abschnitt 4.7 der neuen Rahmenvereinbarungen. Das bedeutet für die Praxen, bei denen Gerätetraining fester Bestandteil des Rehasports ist, Handlungsbedarf für die Entwicklung neuer Konzepte. Es gibt allerdings keinen Grund für blinden Aktionismus.

Für alle Rehasport-Verordnungen, die vor dem Jahreswechsel ausgestellt wurden, gelten noch die Regelungen aus der Rahmenvereinbarung vom 1. Januar 2007. Herausfordernd wird es allerdings spätestens dann, wenn die ersten neuen Verordnungen von 2011 dazukommen.

Die Aufgabe für die Verantwortlichen ist, jetzt zügig aber überlegt die Zukunft des Rehasports in der eigenen Praxis zu planen. Im ersten Schritt gilt es zu entscheiden, ob Rehasport unter den neuen Voraussetzungen überhaupt noch zu den Angeboten der Praxis gehören soll. Wenn ja, dann ist ein Konzept erforderlich, von dem die Rehasportteilnehmer auch weiterhin begeistert sind und ihre eigenen Ziele erreichen.

Darüber hinaus gibt es aber auch für den Heilmittelbereich gute Neuigkeiten in den geänderten Rahmenbedingungen. So ist es besonders für Ergotherapeuten interessant, dass jetzt explizit Verordnungen für Kurse ausgestellt werden können, bei denen es darum geht, das Selbstbewusstsein zu stärken. Hier können ab dem 1.1.2011 28 Übungseinheiten je Teilnehmer verordnet werden. *(bu)*

**up-premium plus**

Lösen Sie als *up-premium plus* Kunde einen Ihrer Seminarschecks für das Seminar „Rehasport“ ein. Melden Sie sich gleich an unter www.buchner-seminare.de

**Kommentar zur neuen Rehasport Rahmenvereinbarung**

# Änderungen im Rehasport – das „AUS“ für alle Zirkeltrainingskonzepte mit Geräten?

**Rehasport gilt seit Jahren als sanfter Einstieg in das medizinische Gerätetraining. Jedenfalls gehört Rehasport in das Spektrum der Argumentation fast eines jeden Vertriebsmitarbeiters, der Physiotherapiepraxen mit Trainingsgeräten ausstatten will. Mit geringem Aufwand sollen die Anbieter des Rehasports es schaffen, mindestens ein Viertel der Teilnehmer dazu motivieren, im Anschluss an das Rehasportraining ein Selbstzahlerabonnement im medizinischen Trainingsbereich abzuschließen. Diese „bezahlte Akquisephase“ fällt jetzt also zum 01.1.2011 für alle neuen Rehasportverordnungen weg.**

Ist das das Ende für alle Gerätekonzepte in Physiotherapiepraxen? Mit Nichten! Es ist nur das Ende des medizinischen Fitnesstrainings zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Und das ist auch gut so! Denn schließlich ist die Unabhängigkeit von den Krankenkassen das Ziel des medizinischen Trainingsbereichs einer Physiotherapiepraxis. Ist aber der Verkauf von Mitgliedschaften zum großen Teil an den Rehasport gebunden, so bleibt es bei einer gewissen Abhängigkeit. Es geht aber auch anders! Mrs. Sporty macht es doch schließlich vor. Hier ist allen Beteiligten von Beginn an klar, dass jemand, der etwas für sich tun will auch dafür bezahlt. Praxen müssen sich jetzt nur entscheiden. Rehasport? Ja gerne, aber Rehasport um des Rehasport willens! Geräte in der Praxis? Ja gerne, aber von Beginn an mit schlüssigem Konzept für die Vermarktung und den Verkauf dieser Leistung! Fordern Sie von den Mitarbeitern der Gerätehersteller von Anfang an Aussagen zu überprüfbaren Erfolgschancen und verschiedenen Referenzen ihrer Konzepte. *(bj)*

## Heilmittelprovison an Ärzte

# Vorsicht: Gerichte verurteilen Ärzte wegen Bestechlichkeit

**Wer umsatzabhängige Provisionen an Ärzte zahlt, sollte in Zukunft gut aufpassen. Denn das Risiko für Ärzte und Heilmittelerbringer in den Fokus der Ermittlungsbehörden zu geraten, ist hoch. Das zeigen zwei aktuelle Gerichtsverfahren, in denen Ärzte und Pharmareferenten wegen Bestechlichkeit bzw. Bestechung zu erheblichen Geldstrafen verurteilt wurden.**

Das Landgericht Hamburg hat am 9.12.2010 einen niedergelassenen Vertragsarzt wegen Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nach § 299 Abs. 1 StGB zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt. Grund: der Arzt soll in den Jahren 2004 und 2005 von einem Pharmahersteller umsatzabhängige Prämien in Höhe von insgesamt 10.641 Euro für die Verordnung von Medikamenten erhalten haben. Gleichzeitig verurteilte das Landgericht die mitangeklagte Außendienstmitarbeiterin des Pharmakonzerns wegen Bestechung zu einer Geldstrafe von ebenfalls 90 Tagessätzen. Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Das berichtet der Verband deutscher StrafrechtsAnwälte e. V. in einer Pressemitteilung. Der Berliner Fachanwalt für Strafrecht Dr. Niklas Auffermann, Leiter des Fachausschusses „Kapitalverbrechen", führt dazu weiter aus:

„Bereits einige Wochen zuvor hatte das Amtsgericht (AG) Ulm als erstes deutsches Gericht am 26.10.2010 (Az.: 3 Cs 37 Js 9933/07) in einem gleichgelagerten Fall zwei niedergelassene Vertragsärzte einer Gemeinschaftspraxis verurteilt. Die Mediziner sollen umsatzabhängige Prämien in Höhe von 19.180 Euro von Pharmaunternehmen für die Verordnung von Medikamenten erhalten haben. Das Gericht verurteilte die beiden wegen § 299 StGB sowie Untreue zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde und einer Geldbuße in Höhe von 20.000 Euro. Auch dieses Urteil ist nicht rechtskräftig. In beiden Gerichtsfällen sollen die Zahlungen an die Ärzte als Honorare für Schulungen und Vorträge nach außen deklariert worden sein.

### Korruptive Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und der Pharmaindustrie

Nun wird sich der Bundesgerichtshof mit dem Urteil des Landgerichts Hamburg zu beschäftigen haben und möglicherweise ein erstes Grundsatzurteil fällen. Dies wird angesichts der erheblichen Rechtsunsicherheit mit Spannung erwartet. Ein aktuelles Interview mit dem stellvertretenden Vorsitzenden des 2. Strafsenats des BGH Prof. Thomas Fischer lässt nichts Erfreuliches für Ärzte und Pharmakonzerne erhoffen. Fischer ist der Meinung, ein niedergelassener Arzt handele als Beauftragter der Krankenkasse und könne sich deshalb auch der Bestechlichkeit schuldig machen (Der Spiegel Nr. 44-2010, S. 86).

*Vorsicht vor umsatzabhängigen Provisionen an Ärzte.*

Schließlich verstößt die Praxis, die den Urteilen zugrunde liegt auch gegen die ärztliche Berufsordnung, nach der es Ärzten nicht gestattet ist, für Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.

### Neue Straftatbestände für Ärzte gefordert

Doch nicht nur die Rechtsprechung sondern auch das Parlament ist in Bewegung: Die SPD-Fraktion hat am 10.11.2010 einen Antrag in den Deutschen Bundestag eingebracht (BT-Drucks. 17/3685), aufgrund der unklaren Gesetzeslage neue Straftatbestände zur Bestechung und Bestechlichkeit von niedergelassenen Vertragsärzten einzuführen. Die SPD-Fraktion appelliert darüber hinaus an die dafür zuständigen Länder, „besonders qualifizierte Schwerpunktstaatsanwaltschaften und Ermittlungsgruppen bei der Kriminalpolizei zur Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen" zu errichten, da derzeit spezielle Verwaltungseinheiten nur in Bayern, Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen vorhanden seien.

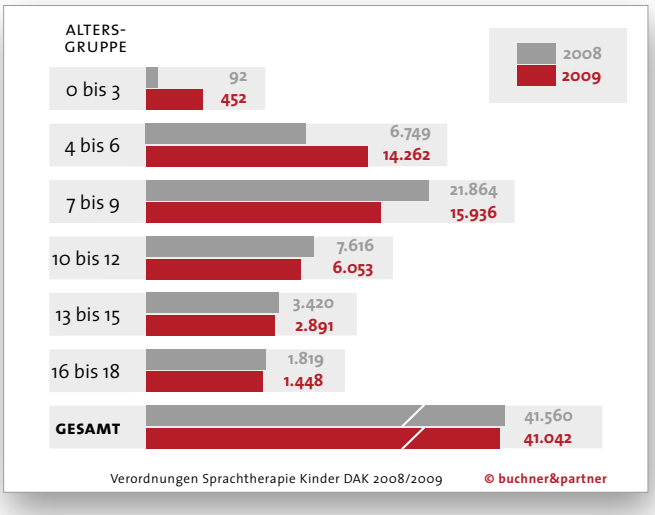
Das Risiko für Ärzte, Pharmareferenten und Heilmittelerbringer, in den Fokus der Ermittlungsbehörden zu geraten, ist damit hoch. Absprachen zwischen Vertragsärzten und der Pharmaindustrie, die bis vor kurzem noch gängige Praxis waren, können nun die Strafverfolgung begründen." *(pm)*

*Quelle: www.vdsra.de*

## DAK interpretiert Verordnungszahlen einseitig:

# „Zuviel, zu oft, zu lang“?

**Zu viel, zu oft, zu lang – über die Verordnung von Heilmitteltherapie wird oft und gerne diskutiert. So auch jüngst die DAK, die eine interne Auswertung der Verordnungen von Sprachtherapien für das Jahr 2009 gemacht hat. Dabei kam heraus, dass sich die Zahl der Verordnung für Sprachtherapie der DAK-versicherten Kindern im vergangen Jahr marginal verringert hat. Die Kasse nimmt das allerdings zum Anlass, in einer Pressemitteilung zu titeln: „Mehr Vorschulkinder erhalten Sprachtherapie“(s.u.).**




Zu der Überschrift kam es, weil sich die Anzahl der behandelten Kinder in den jeweiligen Altersgruppen verschoben haben. So bekamen in der Altersgruppe null bis drei 360 Kinder mehr Sprachtherapie verordnet als noch in 2008. Bei den Vier- bis Sechsjährigen hat sich die Anzahl fast verdoppelt. Insgesamt gab es allerdings im Jahr 2009 518 weniger Verordnungen als noch in 2008. Die Verschiebung macht deutlich, dass Sprachtherapie immer früher verordnet wird.

Diese Entwicklung sei als positiv zu bewerten, führte doch ein früher Therapiebeginn auch zu einem früheren Erfolg, erklärte der DAK Kinderarzt Dr. Kroschke. Das Idealalter für eine Sprachtherapie liege jedoch zwischen vier und fünf Jahren. Für eine Therapie sei ein Mindestmaß an Kooperationsbereitschaft notwendig, was bei Dreijährigen meist noch nicht der Fall sei. Krosche plädierte dafür, Kindern genügend Zeit und Möglichkeiten zu geben, um ihre sprachlichen Fähigkeiten selbst auszubauen. „Wichtig ist, zu Hause viel mit dem Kind zu reden. Diese Aufgabe kann man nicht an Kindertagesstätten oder Sprachtherapeuten delegieren.“ Wenn aber echte Sprachstörungen vorliegen würden, müssten die Kinder allerdings behandelt werden, so das Fazit des Arztes.

Dass die DAK trotz der positiver Entwicklung derart negativ titelt, darüber wundert sich auch die Logopädin Cristiane Sautter-Müller. Sie findet, die DAK habe allen Grund zum Jubeln. Für *up* hat sich die Fachfrau die Zahlen und Aussagen der Kasse einmal genauer angeschaut (s. S. 11). *(ko)*

**i Hintergrund**

## DAK registriert für Vier- bis Sechsjährige doppelt so viele Verordnungen wie im Vorjahr

**Rund 15.000 DAK-versicherte Kinder unter sieben Jahren benötigten vergangenes Jahr eine Sprachtherapie. Damit hat sich die Anzahl der behandelten Kinder in dieser Altersgruppe innerhalb eines Jahres mehr als verdoppelt. Das ergab eine Auswertung DAK-interner Daten.**

Während für die Vorschulkinder die Verordnungen stiegen, sanken sie dagegen bei den älteren Kindern ab sieben Jahren. „Der Erfolg setzt natürlich schneller ein, wenn man früher mit der Therapie beginnt“, kommentiert Dr. Gerhard Kroschke, beratender Kinderarzt der DAK, diese Entwicklung. „Spätestens zum Schulbeginn sollten Kinder vernünftig sprechen können. Deshalb ist es am sinnvollsten, eine Behandlung zwischen vier und fünf Jahren zu beginnen.“

Diese Auffassung scheint in der Praxis nicht überall gängig zu sein: So stieg die Anzahl der behandelten Kleinkinder (bis drei Jahre) von 90 auf 450. „Sicher sind in dieser Altersgruppe Therapien sinnvoll, wenn Kinder zum Beispiel im Mundbereich operiert wurden und dies das Sprechen lernen erschwert oder sogar verhindert. Im Allgemeinen macht es aber nicht viel Sinn, mit einem sonst gesunden Kleinkind eine Sprachtherapie durchzuführen“, kritisiert Kroschke. „Die Kooperationsfähigkeit ist in diesem Alter noch sehr eingeschränkt.“

Er plädiert vielmehr dafür, Kindern genügend Zeit und Möglichkeiten zu geben, um ihre sprachlichen Fähigkeiten selbst auszubauen. „Wichtig ist, zu Hause viel mit dem Kind zu reden. Diese Aufgabe kann man nicht an Kindertagesstätten oder Sprachtherapeuten delegieren.“

Der DAK-Experte sieht im Sprachdefizit kleiner Kinder und den steigenden Verordnungen in diesem Alter auch einen Zusammenhang zur Integrationsproblematik. „Kinder, deren Eltern kein Deutsch sprechen, weisen öfter Sprachdefizite auf“, so Dr. Kroschke. „In diesen Fällen muss differenziert werden. Eine sprachtherapeutische Behandlung ist hier nicht der richtige Ansatz.“

Durch die Verschiebung der Verordnungen ins Vorschulalter hat sich die Anzahl der therapierten Kinder insgesamt nicht verändert: Rund 41.000 Kinder wurden laut DAK-Statistik vergangenes Jahr behandelt.

*Pressemitteilung DAK 16.11.2010*

## Logopäden kommen zu anderen Ergebnissen

# „Die DAK hat Grund zum Jubeln!“

**Die Zahlen der DAK belegen eindrücklich, dass inzwischen die verschiedenen Maßnahmen der Früherkennung greifen und die Ärzteschaft leitlinienorientiert verordnet. Die Versorgung der Versicherten ist verbessert, Sprachtherapie findet in einem Zeitfenster statt, in dem das kindliche Gehirn am empfänglichsten für sprachlichen Input ist, Sekundärfolgen unbehandelter oder zu spät behandelter Spracherwerbsstörungen werden vermieden.**

### 1. Interpretation der von der DAK genannten zahlenmäßigen Verschiebungen

**Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen:**
Die Zahl der behandelten Kinder in dieser Altersgruppe hat sich zwar fast verfünffacht, dennoch befinden sich nur etwas über ein Prozent aller behandelten Kinder in dieser Altersgruppe. Dieser Anstieg kann in Zusammenhang mit der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings als Kassenleistung sowie der Etablierung der U7a im Alter von 34 bis 36 Monaten stehen. Die U7a wurde als zusätzliche Vorsorgeuntersuchung eingeführt, um Spracherwerbsstörungen frühzeitig entdecken und gegebenfalls einer Behandlung zuführen zu können. Dabei ist es inzwischen wissenschaftlich unumstritten, dass Kinder bereits etwa im Alter von 3 Jahren mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung von sogenannten „Spätzündern“ sicher unterschieden werden können (B. Zollinger et. al., Prof. Dr. Waldemar von Suchodeletz et al, A. Grimm). „Risikokinder“ können bereits mit etwa zwei Jahren identifiziert werden. Als verlässliches Instrument stehen beispielsweise der SETK 2, der ELFRA 2 oder der SBE 2 KT zur Verfügung.

**Altersgruppe der Vier- bis Sechsjährigen:**
In dieser Altersgruppe hat sich die Zahl mehr als verdoppelt. Mögliche Ursachen sind hier die vorgezogenen Einschulungsuntersuchungen, die nun in den meisten Bundesländern ein bis zwei Jahre vor der Einschulung durchgeführt werden und die ein besonderes Augenmerk auf die Sprachentwicklung legen. Ziel der Maßnahme ist es, bei Bedarf entsprechende pädagogische Fördermaßnahmen einzuleiten, damit die Kinder von ihren Sprachkenntnissen her in die Lage versetzt werden, dem Unterricht zu folgen. Die Reform der Schuleingangsuntersuchungen wurde durch die PISA-Studie ausgelöst. Primär sollten Kinder mit Deutsch als Zweitsprache oder „schlechtem Deutsch“ als Soziolekt herausgefiltert werden, um diese Kinder gezielt zu fördern.

Als Instrument werden dabei häufig Tests herangezogen, die ursprünglich für die Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen entwickelt wurden (z.B. SETK 3 bis 5 in Baden-Württemberg). Also fallen Kinder mit (spezifischen)Sprachstörungen, die durch die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen nicht identifiziert wurden, spätestens jetzt auf. Die Gesundheitsämter empfehlen den Eltern dann in der Regel einen Besuch beim Kinderarzt oder Phoniater.

**Altersgruppe der Sieben- bis Neunjährigen:**
In dieser Altersgruppe werden etwa 25 % weniger Kinder behandelt. Gerade hier wirkt sich die Verschiebung in die jüngere Altersgruppe aus, d.h. es sind deutlich mehr Behandlungen als früher mit der Einschulung erfolgreich abgeschlossen.

**Altersgruppe von zehn bis 18 Jahren:**
Diese Altersgruppe fasse ich zusammen. Hier sind die Mengenverschiebungen eher weniger deutlich. Einerseits können sich hier noch Effekte der früher einsetzenden Therapien zeigen, andererseits kommt diese Altersgruppe eher seltener wegen fortbestehender Spracherwerbsstörungen zur Logopädie als wegen anderer Störungsbilder. Beispiele sind Stottern und Poltern, Aphasien und Dysarthrien nach Schädel-Hirn-Traumen, Stimmstörungen oder Artikulationsstörungen in Gesellschaft mit viszeralem Schluckmuster, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung unterstützend logopädische Therapie benötigen.

### Begrifflichkeiten klären

Jede Diskussion zum Thema wird dadurch erschwert, dass selbst Fachleute Begriffe wie Sprachstörung, Sprachprobleme, Sprachförderung, Sprachtherapie etc. völlig undifferenziert gebrauchen. Ich möchte hier gerne kurz einmal die Begrifflichkeiten klären:

- *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen* sind Störungen des physiologischen Ablaufs des Spracherwerbs, die nicht auf bestimmte Ursachen zurückgeführt werden können: „SSES stellen die Teilmenge aller Sprachentwicklungsstörungen (SES) dar, bei denen sprachrelevante Komorbiditäten, also Krankheiten oder Störungen, die sich hinderlich auf die Sprachentwicklung auswirken, sowie pervasive ungünstige Bedingungen des individuellen Lebensumfeldes nicht vordergründig identifiziert werden können. Bei SSES sind primär die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Stadien der Entwicklung an beeinträchtigt.“ (Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). Zur Prävalenz im Deutschsprachigen Raum gibt es unterschiedliche Angaben, diese schwanken zwischen 5 und 10 Prozent.
- *Sprachentwicklungsstörungen* können zudem aufgrund verschiedener Ursachen auftreten, wie beispielsweise Hörstörungen, Behinderungen, genetische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, motorische Störungen, sonstige Sinneseinschränkungen.

>>>

>>> Fortsetzung S. 11

- *Deutsch als Zweitsprache:* beim zwei- oder mehrsprachigen Spracherwerb können umschriebene Interferenzen zwischen den Sprachen auftreten. Diese Fehler vor allem im Bereich der Syntax lassen sich differentialdiagnostisch gut von den bei (S)SES auftretenden Phänomenen unterscheiden. Die Mehrsprachigkeit von Kindern sollte meiner persönlichen Meinung nach vor allem resourcenorientiert und nicht defizitorientiert betrachtet werden. Dennoch darf man nicht vergessen, dass auch bei Kindern anderer Muttersprache mit ähnlicher Prävalenz Spracherwerbsstörungen auftreten. Diese behandlungsbefürftigen Störungen müssen erkannt werden, es darf nicht einfach nur der Hinweis auf mangelnde Deutschkenntnisse erfolgen.
- *Soziolekte:* hierunter fällt die oft beklagte mangelnde sprachliche Ausdrucksfähigkeit, die das Kommunikationsverhalten des Umfeldes spiegelt.
- *Physiologischer Spracherwerb:* Man geht davon aus, dass das menschliche Gehirn auf den Erwerb von Sprache ausgerichtet ist, und nur zum richtigen Zeitpunkt gewisse Anregungen erfolgen müssen, um die immanent vorhandene Sprachfähigkeit reifen zu lassen.(N. Chomssky et. al.) Meiner Meinung nach ist der Spracherwerb insgesamt sogar ausgesprochen robust. Kinder lernen (so sie nicht unter einer Spracherwerbsstörung leiden) auch in „suboptimaler" sprachlicher Umgebung in der Regel problemlos ihre Muttersprache.
- *Sprachförderung* ist eine pädagogische Maßnahme, die allen Kindern zustehen sollte, ebenso wie Förderung der Motorik, des Sozialverhaltens etc.
- *Sprachtherapie* ist eine medizinisch-therapeutische Maßnahme.

*Christiane Sautter-Müller ist Logopädin und seit 16 Jahren in der eigener Praxis tätig. Seit 1994 ist sie als zweite Landesverbandsvorsitzende des dbl-Landesverbandes Baden-Württemberg tätig.*

## Eltern sollen mehr mit ihren Kindern sprechen

Ein zweifelsohne richtiger Ratschlag, der auf die allgemeine Förderung der kommunikativen Kompetenzen abzielt, der aber zu kurz greift, wenn eine (S)SES besteht. Ich möchte hier kurz ein etwas provozierendes Beispiel nennen: Gesunde und ausgewogene Ernährung allein reicht nicht aus, um ein Kind mit Diabetes zu behandeln. Es benötigt auch Insulin. Ein sprachlich anregendes Umfeld allein reicht nicht aus, um ein Kind mit einer (S)SES zu behandeln. Es benötigt auch Logopädie.

## Was sagen die Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften?

- „Es empfiehlt sich, Kinder bis zu etwa 3 Jahren mit nicht so ausgeprägten Rückständen der Sprachentwicklung in monatlichen Abständen zu beobachten und die Mütter in der Förderung der Sprache im Alltag anzuleiten. Kinder mit ausgeprägten Störungen sollten frühzeitig, d.h. zwischen 2 und 3 Jahren, bereits logopädisch behandelt werden."

  *(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie)*

- „Für die Einleitung einer von der Krankenkasse finanzierten logopädischen Sprach- und Sprechbehandlung gelten die Heilmittelrichtlinien (GBA, 2004). Die Sprachtherapie muss mit ausreichender Therapiefrequenz erfolgen, da eine zu selten angebotene Therapie weniger wirksam ist (Baratt et al., 1992). Sprachtherapien sollten in begrenzten, überschaubaren Zeiträumen, ggf. mit Therapiepausen, erfolgen. Spätestens zur Einschulung sollte die Behandlung erfolgreich beendet sein."

  *(Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie)*

## i Fazit

Die Zahlen der DAK belegen eindrücklich, dass inzwischen die verschiedenen Maßnahmen der Früherkennung greifen und die Ärzteschaft leitlinienorientiert verordnet. Gerade für die Behandlung kleiner Kinder aber auch für die strukturierte Anleitung der Eltern gibt es bereits evaluierte Konzepte (z.B. Heidelberger Elterntraining). Um kleine Kinder für die Behandlung zu motivieren, setzen LogopädInnen speziell auf diese Altersgruppe abgestimmte Verfahren ein (z.B. Zollinger, Fox, Penner, siehe hierzu auch die Veröffentlichungen von C. Schlesinger, Uni Dortmund). Der landläufigen Meinung, dass Sprachtherapie erst mit vierjährigen Kindern sinnvoll sei, muss daher widersprochen werden. Einige Krankenkassen (z.B. TK) haben dies auch erkannt und planen das Heidelberger Elterntraining als präventive Maßnahme zu fördern.

Aus meiner Sicht hat die DAK Grund zum Jubel: Die Versorgung der Versicherten ist verbessert, Sprachtherapie findet in einem Zeitfenster statt, in dem das kindliche Gehirn am empfänglichsten für sprachlichen Input ist , Sekundärfolgen unbehandelter oder zu spät behandelter Spracherwerbsstörungen werden vermieden.

Durch die Prävalenz der (S)SES kann von einem mehr oder weniger gleichbleibenden Prozentsatz betroffener Kinder ausgegangen werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Zahl der behandelten Kinder in etwa gleich geblieben ist. Die Verschiebung der notwendigen Behandlung in ein früheres Lebensalter kann aus entwicklungspsychologischer Sicht nur begrüßt werden und sollte in den nächsten Jahren noch deutlicher ausfallen.

*C. Sautter-Müller, Logopädin*

# Der up-premium plus Chefbrief

## Elektronische Gesundheitskarte kommt definitiv in 2011

**Der Bundestag hat beschlossen, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu beschleunigen. Jetzt droht Krankenkassen eine Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben um zwei Prozent, wenn sie nicht bis Ende 2011 an mindestens zehn Prozent ihrer Mitglieder die eGK ausgegeben haben. Das bedeutet, dass viele Heilmittelpraxen im nächsten Jahr definitiv mit der neuen eGK arbeiten müssen.**

Zuschüsse für neue Lesegeräte haben die Krankenkassen bisher leider nur den Ärzten zugesagt. Bis zu 850 Euro erhalten Ärzte für die Anschaffung und Installation der neuen Lesegeräte der eGK. Heilmittelpraxen bekommen erst mal keine Zuschüsse, denn das verbindliche elektronische Heilmittelrezept dürfte noch einige Jahre auf sich warten lassen. Für Praxischefs, die ihr altes Lesegerät gegen ein Neues tauschen wollen, haben wir ein besonderes Angebot: *up-premium plus* Kunden haben bis Ende Januar die Möglichkeit, ihr altes Lesegerät in Zahlung zu geben und erhalten dafür einen Preisnachlass in Höhe von 11 Prozent auf ein neues Lesegerät, das sowohl die alte als auch die neue Gesundheitskarte lesen kann. *(bu)*

## Was Zuweiser bewegen wird: Ambulante Kodierrichtlinien

**Ab dem 1. Januar 2011 gelten für alle ambulant tätigen Ärzte die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR). Die Kodierrichtlinien sollen dazu beitragen, dass Diagnosen besser als zuvor verschlüsselt werden. Sie erläutern die teilweise schwer verständlichen Vorgaben der ICD-10-GM und engen Interpretationsspielräume ein.**

Es ist nicht überraschend, dass diese Änderung bereits im Vorwege die üblichen hohen Wellen in der Ärzteschaft schlägt. Von „Bürokratiemonster“ ist die Rede, einige KVen wollten das Inkrafttreten der AKR verhindern bzw. verzögern. Doch Kassenärztliche Bundesvereinigungen und Kassen vereinbarten eine Übergangsphase von sechs Monaten und sorgen damit vermutlich nur dafür, dass sich das Thema noch lange auf der Agenda hält. Wenn Sie also in nächster Zeit Stress bei Ihren Zuweisern wahrnehmen, dann sind vermutlich diese Kodierrichtlinien die Ursache. Gute Hintergrundinformationen, zum Beispiel um bei Arztbesuchen mitreden zu können, gibt es auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de/kodieren). *(bu)*

## Sozialversicherungs- und Steuerrechtliche Beurteilung von geringfügig Beschäftigten Pflicht ab 2011

**Geringfügig Beschäftigte können entweder im Rahmen eines Teilzeitarbeitsverhältnisses bis zu maximal 400 Euro monatlich verdienen oder als Aushilfe kurzfristig bis zu maximal zwei Kalendermonate sozialversicherungsfrei tätig werden.**

Zur Wahrung der Sozialversicherungsfreiheit sollten die erforderlichen Voraussetzungen schriftlich fixiert werden. Ab 1. Januar 2011 sind geringfügig Beschäftigte verpflichtet, eine Erklärung zur sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Beurteilung abzugeben. Der Arbeitgeber hat diese zu den Lohnunterlagen zu geben. Alle dafür notwendigen Unterlagen finden Sie im up Dokumentenpaket „Geringfügig Beschäftigte“. *(bu)*

**up-premium plus**

Folgende Dateien zu dieser Ausgabe können *up-premium plus* Kunden exklusiv bei der Hotline abrufen:

- Musterschreiben als Word Dokument zur Unterstützung Ihrer Privatpatienten bei der Klage gegen Ihre Versicherung
- Musterleitbilder für Heilmittelpraxen
- Dokumentenpaket „gerinfügig Beschäftigete (Stand 12/2010)“ inkl. Merkblatt „geringfügig Beschäftigte“, Arbeitsvertragsmuster für „geringfügig entlohnte (400 Euro) Beschäftige“ und für „kurzfristige Beschäftigung“ nebst Erklärungen für die sozialversicherungs- und steuerrechtliche Beurteilung
- Unterlagen zum Thema Heilmittelrichtgrößen in Hamburg
- kostenlose Teilnahme am Online-Seminar „Marketing und Werbung konkret umsetzen mit dem Marketing- und Werbeplan 2011“ am 12.1.2011, um 20.00 Uhr

## VersorgungsLeitlinie empfiehlt

# Keine Krankengymnastik bei akutem Kreuzschmerz

**Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Kreuzschmerz“ ist veröffentlicht und steht ab sofort im Internet zum Download bereit. Die Leitlinie, an der unter anderem auch der ZVK mitgearbeitet hat, empfiehlt ausdrücklich keine Krankengymnastik bei akutem, nicht spezifischem Kreuzschmerz. Angelika Heck-Darabi vom Kompetenzzentrum Wissenschaft, Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung im ZVK, begründete diese Empfehlung gegenüber *up*.**

„Durch die aktive Beteiligung des ZVK an der Erarbeitung der Leitlinie ist der ZVK auch einer der Mitherausgeber (S. 1 und 2) dieser Leitlinie. Grundlegend in der Leitlinienarbeit ist dabei, dass nicht eine einzelne Gruppe wie z.B. eine wissenschaftliche Fachgesellschaft oder ein Berufsverband, eine Empfehlung zu der ein oder anderen Therapieform ausspricht. Alle Empfehlungen oder ggf. eben auch keine Empfehlung werden sowohl auf der Grundlage von Quellleitlinien, evidenzbasierter Literatur als auch auf der Grundlage des Expertenkonsensus ausgesprochen.

Demnach ist es ein hohes Anliegen in der Leitlinienarbeit, dass tatsächlich nur diejenigen Therapieformen empfehlenswert sind, die nach den Kriterien des Konsensus und der wissenschaftlichen Literatur der Empfehlung auch standhalten. Im Falle der Bewegungstherapie sind zu unterscheiden:

- akuter nichtspezifischer Kreuzschmerz: für diesen liegt keine Empfehlung zur Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) vor, weil kein Evidenznachweis vorhanden ist. Hingegen wird die Beibehaltung der üblichen körperlichen Aktivität hier empfohlen.
- chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerz: für diesen liegt eine klare positive Empfehlung von Bewegungstherapie vor – „Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz“ angewendet werden!

### Zusammenfassung der Evidenz

Bewegungstherapie ist im Vergleich zur allgemeinen medizinischen Versorgung und passiven Therapiemaßnahmen effektiver in Bezug auf Besserung von Schmerz und Funktionsfähigkeit bei chronischem Kreuzschmerz [52; 136; 145; 146]...

Die ausführliche Beschreibung der Empfehlung zur Bewegungstherapie finden Sie in der NVL-Leitlinie, mit Worten und Symbolen sehr kompakt zu lesen z.B. auf S. 68 (s. Anhang).

Der ZVK setzt sich auch und besonders im Zuge der evidenzbasierten Leitlinienarbeit dafür ein, dass die empfohlene Therapie und die Heilmittelverordnungen, die ausgestellt werden, sinnvoll in der Patientenversorgung ankommen.“ *(ko)*

**up-premium plus**

Die Leitlinien können Sie an der *up-premium plus* Hotline kostenlos anfordern.

## Freie Heilfürsorge

# Polizei- und Feuerwehrbeamte sind extrabudgetär!

*Verordnungen im Rahmen der Freien Heilfürsorge haben keinerlei Verbindungen mit den Budget der gesetzlichen Krankenversicherung.*

**Heilmittelverordnungen für Polizei- und Feuerwehrbeamte in der Freien Heilfürsorge fallen nicht unter die Richtgrößenregelung. Darauf hat jetzt die KV Bremen ihre Heilmittel verordnenden Ärzte aufmerksam gemacht.**

Bei der in Bremen zuständigen Stelle für die Freie Heilfürsorge häufen sich Beschwerden von Patienten über nicht ausgestellte Heilmittelverordnungen, die mit einer „Budgetierung“ begründet wurden.
Mal davon abgesehen, dass das Argument der „Budgetierung“ auch bei GKV-Patienten unzulässig ist, lohnt es sich unter Umständen, die verordnenden Ärzte darauf aufmerksam zu machen, dass Verordnungen im Rahmen der Freien Heilfürsorge bzw. der truppenärztlichen Versorgung keinerlei Verbindungen mit den Budget der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Demzufolge belasten sie auch nicht das Richtgrößenvolumen der einzelnen Arztpraxis. *(bu)*

**i Hintergrund**

### Freie Heilfürsorge

Vollzugsbeamten des Bundesgrenzschutzes, Polizeivollzugsbeamten, Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit steht für ihre Person freie Heilfürsorge bzw. unentgeltliche truppenärztliche Versorgung zu. Das gleiche gilt für Wehrpflichtige für die Zeit des Wehrdienstes. Soldaten, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben, erhalten Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, wenn diese günstiger sind.

Der Anspruch auf freie Heilfürsorge hat Vorrang vor dem Anspruch auf Gewährung von Beihilfen (Subsidiaritätsprinzip). Über die freie Heilfürsorge hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der Beihilfevorschriften beihilfefähig.

*Quelle: www.pkv-financial.de*

# Neue Rechengrößen für die Sozialversicherung ab 2011

**Ab Januar müssen gesetzlich versicherte Gutverdiener im Osten mehr für die Renten- und Arbeitslosenversicherung zahlen. Die Beitragsbemessungsgrenze steigt in den neuen Ländern von 4.650 auf 4.800 Euro. Das sieht die Verordnung über die Sozialversicherungsrechengrößen 2011 vor, die das Bundeskabinett im Oktober beschlossen hat und der der Bundesrat jetzt zustimmte.**

Auch wenn für Gutverdiener im Osten die monatlichen Beiträge um bis zu 17 Euro steigen, liegt die Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Bundesländern immer noch deutlich unter der in den westdeutschen Ländern. Dort bleibt es bei der Obergrenze von 5.500 Euro pro Monat. Gutverdiener im Osten müssen also weniger für die Rentenversicherung zahlen als Bürger, die in Westdeutschland leben.

### Beitragsbemessungsgrenze wird bundesweit gesenkt

Die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung wird hingegen bundesweit auf 49.500 Euro gesenkt. Angestellte, die mehr verdienen, können sich privat versichern. Wer weniger verdient, muss in die Krankenkasse. Für Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einer privaten Kasse versichert waren, sinkt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2011 auf 44.550 Euro. Unabhängig davon beträgt die Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2011 für alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung 44.550 Euro jährlich bzw. 3.712,50 Euro monatlich.

*Besser Verdienende im Osten zahlen ab 2011 mehr.*

### Bezugsgröße ändert sich nicht

Die Bezugsgröße, die für viele Werte in der Sozialversicherung Bedeutung hat (u.a. für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Beitragsberechnung von versicherungspflichtigen Selbständigen in der gesetzlichen Rentenversicherung), verändert sich für das Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahr nicht und beträgt weiterhin 2.555 Euro/Monat (West). Die Bezugsgröße (Ost) steigt auf 2.240 Euro/Monat (2010: 2.170 Euro/Monat).

Die neuen Rechengrößen für die Sozialversicherung folgen der Einkommensentwicklung im vergangenen Jahr, heißt es in einer Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In den alten Ländern schrumpften die Einkommen um 0,39 Prozent; in den neuen gab es hingegen ein Plus von 0,84 Prozent. Für Gesamtdeutschland ergab sich damit ein Minus von 0,24 Prozent. *(ks)*

# Therapeuten müssen sich auf Pflegebedürftige einstellen

**Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den kommenden Jahren dramatisch anwachsen. Angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung erwartet das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2030 etwa 50 Prozent mehr Pflegebedürftige und 10 Prozent mehr Krankenhauspatienten – eine Entwicklung, auf die sich auch Therapeuten rechtzeitig einstellen müssen.**

In Deutschland werde die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,2 Millionen im Jahr 2007 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 steigen, gab das statistische Bundesamt bekannt. Bis 2030 könnte sich diese Zahl um 50 Prozent auf 3,4 Millionen erhöhen und bis 2050 sogar auf 4,5, Millionen verdoppeln. Die Zahl der Krankenhausbehandlungen werde von heute 17,9 Millionen auf 19,3 Millionen im Jahr 2030 steigen. Dies entspreche einem Anstieg von acht Prozent.

### Mehr als jeder Dritte über 60 Jahre alt

Als Ursache nannten die Statistiker die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Nach aktuellen Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnungen werde die Zahl der 60-Jährigen und Älteren bis 2030 um rund ein Drittel von 21,2 Millionen (2009) auf 28,5 Millionen Menschen ansteigen. Die Zahl der über 80-Jährigen könnte sich sogar um 55 Prozent von 4,1 Millionen (2009) auf voraussichtlich 6,4 Millionen und bis 2050 auf 10,2 Millionen erhöhen. Damit wäre 2030 weit mehr als jeder Dritte über 60 Jahre alt – 2009 war es nur jeder Vierte. Waren 2007 etwa die Hälfte (54 Prozent) aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter, könnten es in zwanzig Jahren bereits 65 Prozent und 2050 etwa 78 Prozent sein.

Diese Berechnungen seien keine Prognosen, betonten die Statistiker, sondern zeigten lediglich, welche Folgen sich allein durch die demografische Entwicklung für die Zahl der Pflegebedürftigen ergeben könnten. Grundlage dieser Modellrechnungen seien aus der gegenwärtigen Situation und den bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen abgeleitete Annahmen.

Weitere Ergebnisse zur Entwicklung bis zum Jahr 2030 auch nach Bundesländern können in der Veröffentlichung „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern“ im Internet unter www.destatis.de abgerufen werden. *(ks)*

## Wie Praxen in den Wellnesmarkt einsteigen können

# IFK Wellnessmarke soll für Qualität bürgen

**Der Wellnessmarkt boomt. Immer mehr Menschen sind bereit, sich mit einer Hot-Stone- oder einer Verwöhn-Massage mit Honig eine Auszeit aus dem stressigen Alltag zu gönnen. Damit sich Physiotherapeuten auf dem Markt von ihrer Konkurrenz abheben können, hat der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten-IFK e.V. für seine Mitglieder die therapeutische Wellness-Marke „PhysioBalance“ entwickelt. Physiotherapeutin Imke Götz aus dem mittelfränkischen Gunzenhausen hat als eine der ersten den Lizenzvertrag unterschrieben.**

Die 44-jährige Physiotherapeutin ist eine der ersten gewesen, die das IFK Wellness Konzept „PhysioBalance“ vor rund zwei Jahren in ihrer Praxis eingeführt hat. „Das Interesse meiner Patienten für Wellness war vorhanden“. Das hätten die jährlich durchgeführten Patientenumfragen gezeigt. „Auf die Frage, ob etwas in unserem Angebot fehlt, nannten viele Wellness.“ Da die Praxisinhaberin Wert auf qualitativ hochwertige Angebote legt, schloss sie mit dem IFK einen Lizenzvertrag ab und verpflichtete sich damit unter anderem, bestimmte Qualitätskriterien einzuhalten. „Dazu gehört ein kurzer Befund vor der Behandlung, um eventuelle Risiken auszuschließen.“ Das sei ein entscheidender Qualitätsunterschied zu herkömmlichen Wellness-Angeboten, betont die Physiotherapeutin und IFK-Vorsitzende des Regionalforums in Mittefranken.

*„Von Rezepten alleine können wir nicht mehr leben.“*

### Wellness-Marke nur für IFK Mitglieder

Entstanden ist die Idee einer therapeutischen Wellness-Marke vor etwa zwei Jahren. „Aus unserer Mitgliedschaft kamen immer wieder Anfragen zum Thema Wellness“, erinnert sich IFK-Pressesprecherin Insa Brockmann. Ziel von PhysioBalance sei es, das Wohlbefinden der Patienten zu steigern und sie zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren. Entsprechend dem Leitgedanken von Medical Wellness werden sowohl passive als auch aktive Maßnahmen angeboten, wie zum Beispiel eine „passive“ Entspannungsmassage oder „aktives“ Qi Gong.

Nur IFK-Mitglieder können PhysioBalance erwerben, betont Brockmann. Entscheidet sich eine Praxis für die Nutzung, so zahlt der Therapeut bei Abschluss des zweijährigen Lizenzvertrages mit dem IFK eine

einmalige Bearbeitungsgebühr von 50 Euro. Dafür erhält der Lizenznehmer Materialien, mit denen er seine Wellness-Angebote bewerben kann. Das „PhysioBalance-Startpaket“ beinhaltet unter anderem die Nutzung des Logos, ein Praxisschild, Poster und Flyer sowie eine Muster-Pressemitteilung.

Das Konzept überzeugte Imke Götz, die seit sieben Jahren ihre Praxis führt. „Von Rezepten alleine können wir nicht mehr leben“, erklärt sie, „wir müssen uns weitere Standbeine aufbauen.“ Neben Wellness bietet sie auch Präventionskurse wie „Autogenes Training“, „Neue präventive Rückenschule“ oder Kurse zur Stressbewältigung an. Wenn auch die klassische Therapie nach wie vor den größten Anteil ihrer Praxiseinnahmen ausmache, so seien Selbstzahler-Angebote auf jeden Fall lohnend. Genaue Zahlen wollten weder Imke Götz noch der IFK nennen.

## Wellness-Markt boomt

Die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen scheint ihr Recht zu geben. Trotz der Wirtschaftskrise boomt der Wellness-Markt. Nach Schätzungen von Experten sollen die jährlichen Konsumausgaben für gesundheitliches Wohlbefinden bald mehr als 100 Milliarden Euro betragen. Ein Zukunftsmarkt also? „Für die nächsten 15 bis 20 Jahre bestimmt“, meint Praxisinhaberin Götz. Im Moment gebe es noch die Generation der „Best Ager“, der 50- bis 60-Jährigen, die sich durchaus solche Wohlfühl-Angebote leisten können. „Die Kosten für eine 90minütige Hot-Stone-Massage betragen 90 Euro“, so die Physiotherapeutin, „nach der groben Regel: eine Minute gleich ein Euro.“

Die lokale Konkurrenz schreckt Imke Götz nicht, obwohl in es in unmittelbarer Umgebung elf weitere Praxen gibt. Davon bietet nach ihrer Kenntnis etwa ein Viertel auch Wellness-Leistungen an. Obwohl die Mehrzahl ihrer Wellness-Kunden „alte“ Patienten seien und eher wenige von „außen“ kämen, ist die Praxisinhaberin überzeugt, dass sich die Wellness-Behandlungen auf direktem und indirektem Wege rechnen. „Die Bindung zu meinen Kunden wächst, und es ist auf jeden Fall ein finanzielles Zubrot zu den Kassenleistungen“. Auch die Ausgaben für den Lizenzvertrag mit dem IFK waren schnell wieder drin, betont sie.

## 150 Praxen mit Lizenzvertrag

Bislang haben 277 IFK-Mitgliedspraxen einen Lizenzvertrag angefordert, berichtet Insa Brockmann, etwa 150 haben einen solchen Vertrag derzeit abgeschlossen. „Einige Praxen arbeiten ständig mit „PhysioBalance“, andere bieten Wellness eher saisonal als Geschenk-Gutschein zu Ostern oder Weihnachten an.“ Werbematerialien können jederzeit beim IFK nachbestellt werden, Flyer zum Selbstkostenpreis von 50 Cent pro Stück, mit eigener Praxisanschrift 70 Cent pro Stück.

Neu entwickelt wurde das Zertifikat „PhysioBalance“, das – in der Praxis aufgehängt – für die Exklusivität der therapeutischen Wellness-Marke wirbt. Zudem hat der IFK eine Vorlage für ein Brief- oder Multifunktionspapier „PhysioBalance“ erstellt, das, ebenso wie das Logo, im Internet kostenlos heruntergeladen werden kann. Jüngstes Produkt der Marke sind Handtücher mit besticktem Logo zum Preis von 12 Euro pro Stück (Badetücher: 20 Euro), die bei der IFK-Geschäftsstelle bestellt werden können.

Physiotherapeutin Imke Götz wird auch in Zukunft mit der IFK-Wellness-Marke für ihre Praxis werben und das im nächsten Jahr noch verstärkt: Nach Überarbeitung ihrer Homepage hat sie für 2011 einen redaktionellen Beitrag in einem Anzeigenblatt geschaltet und hofft auf weitere Kunden. *(ks)*

**Kontakt:** Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Lise-Meitner-Allee 2, 44801 Bochum, Tel.: 0234-97745-0, E-Mail: ifk@ifk.de, www.ifk.de

*Die 44-jährige Physiotherapeutin Imke Götz ist eine der ersten gewesen, die das IFK Wellness-Konzept „PhysioBalance“ vor rund zwei Jahren in ihrer Praxis eingeführt hat.*

## SchmerzNetzNRW

# Physio- und Schmerztherapeuten unter einem Dach

**Zu spät zum Therapeuten und zu früh in die Klinik? Dieses Szenario soll Rückenschmerzpatienten möglichst erspart bleiben, dafür setzt sich das SchmerzNetzNRW ein. Schmerz- und Physiotherapeuten arbeiten hier Hand in Hand zusammen – zum Wohle des Patienten.**

**Kontakt:**
SchmerzNetzNRW eG
Aachener Straße 75
50931 Köln
Tel : 02 21/16 89 44 09
E-Mail:
info@schmerznetznrw.org
www.schmerznetznrw.org

Die Kölner Physiotherapeutin Heike Beerfelde kooperiert bereits seit fünf Jahren mit den Schmerztherapeuten Dr. Siegfried Arhelder und Dr. Klaus Strick vom Schmerzentrum Köln. Die drei Therapeuten sind Mitglieder im SchmerzNetzNRW, das unter anderem im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen Wirksamkeit und Verträglichkeit von Schmerzmedikamenten prüfen soll. Es gelte zu verhindern, dass die Patienten zu spät zum Therapeuten kommen und zu früh in die Klinik, hieß es. Deshalb soll der Hausarzt früh intervenieren. Er entscheidet auf der Grundlage von Erstanamnese und Patientenfragebogen, ob der Patient zur genaueren Diagnose an einen Facharzt oder direkt an ein Schmerzzentrum überwiesen wird. Kommt er ins Schmerzzentrum, wie etwa in Köln, findet er hier die Kooperation von Schmerz- und Physiotherapeuten vor.

### Therapiepläne interdisziplinär erstellen

Strick und Arhelder bieten im Rahmen des SchmerzNetzesNRW unter anderem die „Koordination und Einleitung von physiotherapeutischen Maßnahmen“, sowie manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren und physikalische Therapie“, wie es auf der Homepage heißt. Zwar wird im Kölner Schmerzzentrum getrennt abgerechnet, aber Physiotherapie- und Arztpraxis teilen sich hier die Räume und die Anmeldung. „So ist das Konzept“, erklärt Beerfelde, die in ihrer Praxis „Soma Vitalis“ allein arbeitet, „die beiden Ärzte diagnostizieren, ich behandle physiotherapeutisch.“ Die Physiotherapie ist für die drei Therapeuten ein „integraler Bestandteil“ der Schmerztherapie. Tatsächlich „wirkt Physiotherapie bei Rückenschmerzpatienten besonders gut“, bestätigt Beehrheide, die bisher über 5.000 Rückenschmerzpatienten behandelt hat. Einmal im Monat besprechen die drei Therapeuten ihre Patienten in einer Fallkonferenz und erstellen gemeinsam die Therapiepläne.

### Medikamente immer noch erste Therapiewahl

Die Patienten profitieren enorm von diesem Behandlungskonzept, ist Beerfelde überzeugt. Dass die fachübergreifende Zusammenarbeit für Schmerzpatienten das Mittel der Wahl ist, zeigen auch die Zahlen des Schmerzatlas´ 2010. Nach Angaben der Deutschen Schmerzliga sind acht der 13 Millionen Schmerzpatienten in Deutschland behandlungsbedürftig. Eine große Gruppe stellen die Rückenschmerzpatienten. Der Versorgungsatlas Schmerz von der DAK, der Grünenthal GmbH und dem Berliner IGES-Institut hält fest: Ein großer Teil der Rückenschmerzpatienten erhält zwar regelmäßig eine oder mehrer Medikamente gegen das Leiden, aber kaum ein Patient nahm im Jahr 2006 eine ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie in Anspruch, ebenso wenig das Angebot einer Psychotherapie oder einer Reha.

Kein Wunder, dass die Behandlung von Schmerzpatienten viel Geld verschlingt. Laut Schmerzatlas zahlt die Kasse für die Behandlung von Patienten mit Bandscheibenerkrankungen im Schnitt jährlich 2.445 Euro im Jahr; davon werden 718 Euro für die Schmerzbehandlung ausgegeben. Bei Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen liegt das Kostenverhältnis von Gesamtversorgung- und Schmerzbehandlung bei 3.805 zu 907 Euro und bei Patienten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen bei 1.280 zu 265 Euro. Die Kosten für die Versorgung von Rückenschmerzpatienten machen insgesamt 20 bis 30 Prozent der mittleren Gesamtkosten aus.

### Zu wenig Zentren in Deutschland

Die Voraussetzung für den Erfolg einer solchen vernetzten Therapie sei die sehr intensive Behandlung, ein abgestimmtes Behandlungskonzept, sowie der elektronische Datenaustausch zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, sagt Schmerztherapeut Dr. Klaus Strick. Er glaubt, dass ein Schmerzzentrum 95 Prozent aller chronisch kranken Schmerzpatienten ambulant behandeln könnte.

Allerdings: Initiativen wie die in Köln sind noch zu selten in Deutschland. Im Jahr 2008 sind nur 440.000 Patienten in den bundesweit 526 schmerztherapeutischen Zentren versorgt worden, hieß es auf der Konsensus-Konferenz. *(ben)*

# Chefin krank – was nun?

**Ein Unfall oder eine länger dauernde ernste Erkrankung können Praxischefs nicht nur gesundheitlich aus der Bahn werfen, sondern unter Umständen auch die Existenz der Praxis bedrohen. Vorsorge hilft.**

Wer selbstständig eine Praxis führt, muss nicht nur sich selbst, sondern auch seine Praxismitarbeiter versichert haben, um im Krankheitsfall abgesichert zu sein. Dazu rät Kai Waldmann von der MLP Versicherungsgruppe in Wiesloch. Eine Praxisausfallversicherung kann im Zweifel die Existenz retten. Allerdings: Die Versicherung hat ihre Tücken. Wer seine Praxis im Krankheitsfall also auf der sicheren Seite haben will, „sollte sich beraten lassen, und zwar für alle Versicherungen von ein und dem selben Berater“, so Waldmann.

## Physiotherapeuten am meisten gefährdet

Vor allem für Physiotherapeuten dürfte eine Praxisausfallversicherung das Mittel der Wahl sein. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) jedenfalls verzeichnet bei Physiotherapeuten und Krankengymnasten weit mehr Arbeits- und Wege-Unfälle als bei Logopäden, Ergotherapeuten oder Podologen. So zählte die BGW bei den Physiotherapeuten und Krankengymnasten 1.980 Arbeitsunfälle und 1.287 Wege-Unfälle. Bei den Logopäden liegt das Verhältnis bei 140 zu 112, bei den Ergotherapeuten bei 477 zu 210 und bei den Podologen bei 335 zu 115. Zwar geben diese Zahlen nicht die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage wieder, „aber natürlich Tendenzen des Krankheitsgeschehens“, hieß es bei der BGW.

Die meisten selbstständigen Therapeuten haben für den Fall von zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, erklärte dazu Waldmann. „Wenn eine Physiotherapeutin sich aber einen langwierigen Bandscheibenvorfall zuzieht, dann kann sie mit der Krankentagegeldversicherung lediglich ihren Unternehmerlohn sicherstellen“. Nun sind Unternehmerinnen und Unternehmer im Gesundheitsdienst bei der BGW pflichtversichert und erhalten bei Arbeitsunfähigkeit ein Verletztengeld. Dieses Geld können sie per freiwilliger Versicherung erhöhen. Ab 1. Januar 2011 liegt die Mindestversicherungssumme bei 19.000 Euro und die Höchstversicherungssumme bei 84.000 Euro, teilte die BGW mit.

Ob das genügt, um im Zweifel nicht nur den eigenen Lohn, sondern auch die Praxiskosten und die Kosten für Gehälter, Leasingverträge, Reinigungspersonal et cetera abzudecken, ist offen, meint Waldmann. "Oft ist die Deckungssumme zu niedrig", meint er, hier greife eine Praxisausfallversicherung. Sie springt dann ein, wenn die Praxisinhaberin aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten kann, egal, ob wegen eines Unfalls oder etwa einer Tumorerkrankung. Ausnahmen allerdings bilden bei den meisten Versicherern eine Schwangerschaft und Reha-Aufenthalte, Sucht- oder psychische Erkrankungen.

## Beratung ist das A und O

Weil die Versicherungsbedingungen sich sehr unterscheiden können und die Praxisausfallversicherung mit den anderen Versicherungen harmonieren muss, empfiehlt Waldmann die Beratung durch einen unabhängigen Experten. Denn die Bedingungen im Kleingedruckten der Verträge können vertrackt sein. So will mancher Versicherer nicht zahlen, wenn in der Praxis eine Kollegin oder ein Kollege mit der gleichen fachlichen Ausrichtung die Arbeit der Erkrankten übernehmen könnte.

Unter Umständen kann auch die Praxisausfallversicherung zusammen mit der Tagegeldversicherung mehr Geld ergeben, als der Therapeut verdiente. Das ist durch das „Bereicherungsverbot“ unerlaubt. Diesen Umstand prüfen die Versicherer im Schadensfall.

Im Schadensfall besteht zudem die Gefahr, dass der Krankentagegeld-Versicherer die Leistungen aus der Praxisausfallversicherung in seine Berechnungen einbezieht. "Das heißt für den Versicherungsnehmer, dass seine verschiedenen Versicherungen zusammenpassen und untereinander abgestimmt sein müssen", so Waldmann. Wer also eine Praxisausfallversicherung abschließen will, der lasse sich schriftlich bestätigen, dass der Krankentagegeld-Versicherer nicht auf die Praxisausfallversicherung zurückgreift.

**Fazit:** Ohne unabhängige Beratung kein Abschluss. Aber auch hier gilt es, wachsam zu sein. Waldmann: „Wer sich beraten lässt, soll den Inhalt der Beratung in einem Protokoll festhalten und unterschreiben lassen. Nur so kann der Kunde im Zweifel die Beratung auf mögliche Mängel verklagen.“ *(ben)*

*Wenn die Chefin ausfällt, kann eine Praxisausfallversicherung die Existenz retten.*

**i up Wissenshappen**

**Lust auf geistige Feinkost? Die up Wissenshappen erklären komplexe Themen aus der Heilmittelbranche. Einfach, kompakt und informativ.**

### Heute: Was ist eigentlich die ICF?

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist eine Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der sozialen Beeinträchtigung sowie der beeinflussenden Umweltfaktoren von Menschen.

Diese ist aus der ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) heraus entstanden, die auf einem störungs- und defizitorientierten Ansatz beruht. Im Gegensatz zu ihren Vorgängerversionen intergiert die ICF den ressourcenorientierten Ansatz.

Die ICF klassifiziert, welche Körperfunktionen und -strukturen einer Person beschädigt sind, welche Einschränkungen sie in ihrer Handlungskompetenz erfährt und inwieweit sie noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Darüber hinaus werden die die Rehabilitation unterstützenden und hemmenden Umweltfaktoren benannt.

Ziel der ICF ist es, eine einheitliche Verständigung im Gesundheitswesen zu schaffen. So können medizinische Vergleiche innerhalb einer Einrichtung, zwischen zwei Regionen oder auch Ländern gestellt werden. Zudem dient die ICF als einheitliches Bewertungssystem unter Therapeuten.

Die Therapeuten nutzen mit der ICF eine therapiekonzeptübergreifende Sprache. Diese verschafft ihnen Freiraum für Therapie, weil Befunde, Dokumentationen und Berichte von Kollegen problemlos verstanden werden. Ferner erfolgt eine einheitliche Beschreibung der Lebensqualität des Patienten. Die Compliance des Patienten wird erhöht durch eine Problemdefinition in Patientensprache. *(bb)*

## Pflegende Familienangehörige
# Bei Begleitung in Therapiepraxis unfallversichert

**Pflegende Familienangehörige stehen während ihrer Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das hat das Bundessozialgericht in Kassel jetzt entschieden. Dies gelte auch dann, wenn der Pflegehelfer bei einer Tätigkeit zu Schaden komme, die nicht bei der Pflegestufe berücksichtigt werde.**

*Pflegende Familienangehörige stehen während ihrer Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.*

Im vorliegenden Fall hatte die Klägerin ihre pflegebedürftige Mutter im Januar 2007 zu einem Arztbesuch begleitet. Bei der Rückkehr verlor die Mutter, die sich nur mit Hilfe von Gehstützen und das auch nur in Begleitung fortbewegen kann, auf der Treppe ihrer Wohnung das Gleichgewicht. Sie stürzte und riss ihre Tochter mit sich. Dabei zog diese sich eine Fraktur des linken Knies zu und beantragte beim zuständigen Gemeindeunfall-Versicherungsverband die Anerkennung als Arbeitsunfall. Der Verband lehnte ihren Antrag mit der Begründung ab, dass Hilfen beim Treppensteigen nicht zu der anerkannten Pflegestufe gehörten.

### Grad der Pflegebedürftigkeit spielt keine Rolle

Zu Unrecht, meinten die Richter des Bundessozialgerichts und gaben der Klage der Verletzten statt. Laut Gesetz sei unfallversichert, wer einen Angehörigen pflegt, der Leistungen der Pflegeversicherung bezieht. Es komme daher nicht auf den Grad der Pflegebedürftigkeit an, entscheidend sei vielmehr, dass eine Pflege überwiegend der pflegebedürftigen Person zugute komme und dass die Hilfe tatsächlich erforderlich sei. In diesem Falle sei es unbestritten, dass die Pflegebedürftige aufgrund ihrer gesundheitlichen Mobilitäts-Einschränkungen ohne fremde Hilfe keine Treppen steigen oder einen Arzt aufsuchen könne, begründeten die Richter ihre Entscheidung. Der Unfall ereignete sich daher im Rahmen einer versicherten Tätigkeit und müsse vom Träger der Unfallversicherung anerkannt werden (Az.: B 2 U 6/10 R). *(ks)*

*Björn Schwarz kennt sie alle: die Tricks und Tipps, die das Leben als Praxischef etwas einfacher machen. Ob es um Zielfindung, Zeitmanagement, Selbstzahlerleistung oder Terminplanung geht – der Geschäftsbereichsleiter „Beratung und Seminare" bei buchner kennt die Lösung für die vielfältigen Herausforderungen, denen sich Praxischefs stellen müssen. Jeden Monat berichtet er deswegen exklusiv für up aus seiner Berater-Praxis.*

Tipps aus der Berater-praxis

## Aus der Beraterpraxis

# Praxisziele fest im Blick

„Was ist denn Ihr Ziel in dieser Sache?" fragte ich Frau Svenja Altheim* bei unserem ersten Telefonat. Die Ergotherapeutin aus München bat mich um eine Beratung in Sachen Selbstzahlerleistung. Ihr Idee: Sie wollte eine neue Selbstzahlerleistung in ihrer Praxis einführen. Sehr detailliert schilderte sie mir, wie sie zukünftig Eltern dabei beraten wolle, die Kinderzimmer ihrer kleinen Racker entwicklungsgerecht einzurichten. Ich hörte mir ihre interessanten Ausführungen genau an und stellte ihr dann genau jene Frage nach dem Ziel. Eine der wichtigsten Fragen in jedem Kundengespräch in unserem Beratungs- und Seminarbereich.

### Das Ziel muss zur Praxis passen

Es folgte eine nachdenkliche Schweigepause am Telefon. Dann kam ein zögerliches: „... Naja, ich will das machen, weil doch jetzt alle Selbstzahlerleistungen anbieten ...". Frau Altheim merkte schnell, dass ich als Berater mit dieser Aussage über das Ziel noch ganz und gar nicht zufrieden war. Ein Ziel passt immer zu den konkreten Herausforderungen der eigenen Praxis und ist nicht daran orientiert, was gerade „en vogue" ist. Wir haben dann gemeinsam zügig herausgearbeitet, dass die Einführung von Selbstzahlerleistungen nicht nebenbei funktioniert, sondern als fester Bestandteil in das Praxismanagement eingebunden sein muss.

Ein paar Wochen später traf ich Frau Altheim dann in ihrer Praxis in München zur Beratung. Wir formulierten das grobe Ziel der gewünschten Einführung von Selbstzahlerleistungen: Frau Althaus sollte mit dieser Maßnahme unabhängiger von dem Verordnungsverhalten der zuweisenden Ärzte werden. Die Umsetzung des Ziels wurde konkret und messbar festgelegt.

### Regelmäßige Überprüfung wichtig

Frau Altheim plante für das Jahr 2010 einen Umsatz im Selbstzahlerbereich von acht Prozent am Gesamtumsatz ihrer Praxis. Tendenz für die Folgejahre steigend. Um nicht am Ende des Jahres mit großer Enttäuschung festzustellen, dass das Ziel nicht erreicht wurde, haben wir in der Beratung großen Wert auf die regelmäßige Überprüfung gelegt, ob die Praxis bei der Zielerreichung auf dem richtigen Weg ist. Da Frau Altheim und ihre Mitarbeiterinnen bereits intensiv die Buchhaltungssoftware „StarkePraxis" nutzten, wurde die Überprüfung leicht umsetzbar gemacht. „StarkePraxis" erfasst übersichtlich alle Umsätze der Praxis und natürlich auch die „neuen" Selbstzahlerumsätze. Mit der einfachen und komfortablen Auswertung konnte Frau Altheim vor jeder monatlichen Teambesprechung genau erkennen, welchen Anteil die Selbstzahlerleistung am Gesamtumsatz gehabt hat. So konnten bei eventuellen Abweichungen zeitnah Maßnahmen besprochen werden, mit denen eine Zielerreichung eingeleitet werden konnte.

Und was, wenn das Ergebnis stimmte oder gar übererfüllt war? Dann konnte gefeiert werden! Der Grund dafür ist ja dank „StarkerPraxis" schwarz auf weiß belegbar.

### i Tipp des Monats

Ein Ziel sollte immer zu den konkreten Herausforderungen der eigenen Praxis passen und ist nicht daran orientiert, was gerade „en vogue" ist.

Wollen Sie auch erreichte Ziele feiern? Erarbeiten Sie gemeinsam mit Ihrem Team und einem unserer Berater jetzt Ihre Praxisziele für 2011! Rufen Sie uns einfach unter 0 43 07-8 11 98 00 an! Wir erklären Ihnen am Telefon, wie es funktioniert!

*Viel Erfolg wünscht Ihnen*
*Björn Schwarz*

**Name von der Redaktion geändert*

## Zum Jahreswechsel

# Alten Ballast abwerfen!

**Zum Jahresende laufen immer die Aufbewahrungsfristen für Unterlagen aus. Deswegen können nach dem 31.12.2010 einige Unterlagen vernichtet werden. Auch gibt es im neuen Jahr wieder (steuer-)rechtliche Veränderungen für Praxis und das ganze Team. Wir haben für Sie die wichtigsten Informationen und Änderungen zusammengestellt:**

### Unterlagen mit zehnjähriger Aufbewahrungspflicht:

- Bücher, Journale, Konten Aufzeichnungen usw., in denen die letzte Eintragung 2000 und früher erfolgt ist.
- Inventare, Jahresabschlüsse, Lageberichte, Eröffnungsbilanzen, die 2000 oder früher aufgestellt wurden, sowie die zu Ihrem Verständnis erforderlichen Arbeitsanweisungen.
- Buchungsbelege (zum Beispiel Abrechnungsunterlagen, Bewertungsunterlagen, Bewirtungsbelege, Kontoauszüge, Lohnbelege, Lohnlisten) aus dem Jahr 2000 oder früher.

### Unterlagen mit sechsjähriger Aufbewahrungsfrist:

- Lohnkonten und Unterlagen (Bescheinigungen) zum Lohnkonto mit Eintragungen aus 2004 oder früher, die nicht Bestandteil der Buchführung sind.
- Sonstige für die Besteuerung bedeutsame Dokumente (zum Beispiel Ausfuhr- und Einfuhrunterlagen, Versand- und Frachtunterlagen, Mietunterlagen nach Ablauf des Vertrages, Pachtunterlagen nach Ablauf des Vertrages, Protokolle allgemeiner Art, Versicherungspolicen) sowie Geschäftsbriefe (außer Rechnungen und Gutschriften) aus dem Jahr 2004 oder früher.

### Unterlagen mit dreijähriger Aufbewahrungsfrist:

Für Patientenakten gelten die vertragsrechtlichen Aufbewahrungspflichten, die sich aus den Rahmenverträgen zwischen Verbänden und GKV ergeben. Die bundesweit geltende Rahmenvereinbarung nach § 125 Abe. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer regelt in § 16 die Aufbewahrungsfrist für Patientenakten. Demnach muss die therapeutische Verlaufsdokumentation mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde, aufbewahrt werden.

Patientenakten, deren letzter Eintrag 2007 oder früher liegt, dürfen daher jetzt ordnungsgemäß entsorgt werden. Die Patientenakten können auch länger aufbewahrt werden, wenn sie sicher archiviert sind. Bei der Entsorgung ist darauf zu achten, dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden. *(bu)*

**up-premium plus**

Ein Merkblatt zum Thema Datenschutz, Aufbewahrungsfristen und Vernichtung von Patientenakten können *up-premium plus* Kunden kostenlos bei der Hotline (0800/9477360) anfordern.

### Das ändert sich in 2011!

**So regelmäßig wie der Jahreswechsel kommt, so sicher gibt es wieder (steuer-)rechtliche Veränderungen für Praxis und das ganze Team. Wir haben für Sie die wichtigsten Änderungen zusammengestellt:**

- Altersvorsorge: Praxismitarbeiter können auch 2011 wieder einen höheren Anteil ihrer Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung als Sonderausgabe vom steuerpflichtigen Einkommen absetzten. Für 2011 sind 72 statt bisher 70 Prozent der Einzahlungen von 14.400 Euro absetzbar.
- Für das Jahr 2011 wurden keine neuen Lohnsteuerkarten ausgestellt. Alle Eintragungen auf der Steuerkarte 2010 gelten auch in 2011, also Familienstand und Steuerklasse.
- Änderungen auf den Steuerkarten werden nicht mehr von den Gemeinden vorgenommen, sondern von den Wohnsitzfinanzämtern.
- Der Arbeitnehmer-Pauschalbetrag steigt von 920 auf 1000 Euro.
- Spenden in Katastrophenfällen (Beispiel: Haiti) werden leichter absetzbar. Wurden bisher nur in Einzelfällen vereinfachte „Zuwendungsnachweise“ erlaubt. (Spenden bis zu einer gewissen Höhe per Überweisungsbeleg oder Kontoauszug wurden steuermindernd anerkannt, eine Bescheinigung des Empfängers war also nicht erforderlich), wurde diese Vereinfachung jetzt gesetzlich festgeschrieben.
- Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherer: Die Berechnung von Zusatzbeiträgen kann künftig unabhängig vom Einkommen und ohne feste Obergrenze vorgenommen werden. Als Richtschnur für den maximalen Extrabetrag gelten zwei Prozent der Bemessungsgrundlage.
- Entfernungspauschale vereinfacht: Wenn ein Mitarbeiter die Wege zur Arbeitsstelle und zurück mit wechselndem Verkehrsmittel zurücklegt, musste er bisher eine tageweise Gegenüberstellung liefern, da Fahrkarten für Bus und Bahn anders steuerlich berücksichtigt werden, als die Fahrt mit dem Auto. Künftig reicht eine Jahresrechnung.
- Hat man im EU-Ausland einen Verkehrsverstoß begangen, wird dieser jetzt auch in Deutschland geahndet. Das gilt für Bußgelder ab 70 Euro – inklusive der anfallenden Verfahrensgebühren, so dass auch für ein 50 Euro-Vergehen, das in Spanien begangen wurde, in Deutschland abkassiert werden kann. Ein Ignorieren des „Knöllchens“, das man im Ausland kassiert hat, ist also nicht mehr empfehlenswert. *(bu)*

## Marketingplan mit Geling-Garantie

# Von Postkarten und Blumenkränzchen

**Marketingaktivitäten für den März und April müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Im vergangen Jahr sind die Logopäden mit gutem Beispiel vorangegangen und haben zahlreiche Aktionen umgesetzt. Lassen Sie sich inspirieren. Alle Termine sind im Marketingplan verzeichnet. Wer neben unseren Anregungen eigene Ideen entwickeln möchte, kann das ganz leicht mit Hilfe der Planungs- und Kommunikationsstrategien auf der Rückseite des Plans tun.**

### 3. März: Europäischer Tag der Logopädie

Der europäische Tag der Logopädie wurde im Jahr 2010 von vielen LogopädInnen genutzt, um ihre Arbeit einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Das berichtet der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.v. (dbl). Auf der Internetseite *www.dbl.de* finden interessierte Logopäden eine umfangreiche Presseschau über diesen Tag.

Berichte sowohl in überregionalen und regionalen Zeitschriften als auch im Fernsehen zeigen eine breite Öffentlichkeitsarbeit. Es lohnt sich auf jeden Fall, einen Blick auf die Aktivitäten des vergangenen Jahres zu werfen und sich Anregungen für dieses Jahr zu holen. Denn die Logopäden haben sich Einiges einfallen lassen, um die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit zu wecken.

So wurde der Europäische Tag der Logopädie zum Beispiel als Postkartenmotiv genutzt und auf der Rückseite mit der Kontaktadresse eines Ansprechpartners versehen. Die Karten wurden dann auf zahlreiche Halter in den lokalen Gaststätten verteilt. Ein weiteres Beispiel ist die Kooperation mit Schülern aus dem logopädischen Bereich. Sie unterstützten Informationsstände mit Percussion und Gesang, so dass das Interesse der Passanten garantiert war. Ein weiteres Marketinginstrument waren zahlreiche Telefonhotlines, die die Bevölkerung über Themen aus der Logopädie aufklärten. All diese Aktivitäten zogen das Interesse der Medien auf sich, so dass deutschlandweit viel über diesen Tag berichtet wurde.

In diesem Jahr dreht sich alles um das Thema Hörstörungen. Lassen Sie sich von den Ideen des vergangen Jahres inspirieren und fangen Sie jetzt an, Ihre Aktivitäten zu planen. Unter *www.dbl.de* finden Sie ausführliche Informationen.

### 2. April: Welt-Autismus-Tag (UN)

Für Praxen, die auf Kinder spezialisiert sind, eignet sich der Welt-Autismus-Tag ideal für Marketingaktivitäten. Die Vereinten Nationen riefen den Tag ins Leben, um jedes Jahr am 2. April das Bewusstsein der Öffentlichkeit für autistische Kinder zu schärfen. Heilmittelpraxen können an diesem Tag auf diese seltene Erkrankung hinweisen, Elterninitiativen zu unterstützen oder sogar Spenden für Selbsthilfegruppen sammeln.

Auf der Seite *www.lebenmitautismus.de* finden Therapeuten ausführliche Informationen zu bereits geplanten Aktivitäten, wie Vorträge, Diskussionen und Ausstellungen zum Thema.

### 21. April: Ostern (Kirche)

Ostern eignet sich für Praxisinhaber gut für zahlreiche Marketingaktionen. Ob man die Ostergrüße mit einem Tütchen Blumensamen aufwertet oder die Osterkarten als Faltschachtel zum Ausschneiden verschickt, Sie rufen sich bei Ihren Patienten und Kunden in Erinnerung und pflegen den Kontakt. Das können Sie auch mit Ihren Ärzten tun. Bringen Sie ein kleines Osternest als Ostergruß persönlich bei der Arztpraxis vorbei. Das ist nicht teuer, sieht nicht nach „Bestechung“ aus, ist eine nette Geste und hat Chancen, wahrgenommen zu werden.

Die Osterzeit kann gut genutzt werden, um die Praxis um zu dekorieren: Grundmotiv ist natürlich das Ei in allen Variationen. Dazu gehören frische Zweige in einer Vase, viele Blumen und alles, was zum Thema Frühling passt. Sprechen Sie doch einfach mal mit dem Blumenhändler in Ihrer Nähe über Kooperationsmöglichkeiten. Der Fachmann sorgt für frische Blumengestecke in Ihrer Praxis und Sie zum Beispiel für Massage-Gutscheine beim Blumenkauf. Ob und wann man mit der Osterdekoration startet ist Geschmackssache – die Profiwerber raten dazu, nicht früher als sechs Wochen vor Ostern zu starten. *(ko)*

### Weitere Termine

**7. März:** Tag der gesunden Ernährung
**8. März:** Internationaler Tag der Frau
**15. März:** Tag der Rückengesundheit
**21. März:** Frühlingsanfang
**7. April:** Weltgesundheitstag
**11. April:** Welt-Parkinson-Tag
**28. April:** Welttag für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz
**20. April:** Deutscher Venentag

**Service:** Wenn Sie noch weitere Exemplare des Marketingplans benötigen, können Sie diese im buchner Shop auf *www.buchner-shop.de* unter der Bestellnummer 02013 zum Einzelpreis von 4,95 Euro erwerben.

**up-premium plus**

Wollen Sie wissen, wie man Marketingaktivitäten umsetzt? Dann nehmen Sie als *up-premium plus* Kunde kostenlos am Online-Seminar „Marketing und Werbung konkret umsetzen mit dem Marketing- und Werbeplan 2011“ teil. Termin: 12.1.2011, um 20.00 Uhr.

Den Marketingplan erhalten Sie kostenlos an der Hotline 0800/9477360.

# Kunden werben Kunden...

## up-premium

*...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:*

☐ Prämie 1:
**360°-Segeltuchtasche „Tender“**

☐ Prämie 2:
**Pantone Espressotassen – Set 2009**

☐ Prämie 3:
**Energie-Sparleuchte „MAULforte“**
*inkl. Energiespar-Tageslicht-Leuchtmittel*

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium“** (ehemals up-unternehmen praxis) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

## up-premium plus

*...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:*

☐ Prämie 1:
**Staubsaug-Roboter „iRobot Roomba 531“ –**
*Sauberkeit von Zauberhand*

☐ Prämie 2:
**Ein Luftbefeuchter „Oskar“ –**
*für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz, silbergrau und hellgrün erhältlich*

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium plus“** (ehemals praxiswissen24) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

## Neukundenangebot:

☐ Ich möchte **„up-premium“** ab der nächsten Ausgabe zum Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

☐ Ich möchte **„up-premium plus“** ab den kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Das Abonnement ist drei Monate vor dem Vertragsablauf kündbar. Die Vertragslaufzeit beträgt zwölf Monate.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Faxnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

**Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:**

**08 00-1 35 82 20**

buchner

**Herausgeber:** Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119–0, Fax –99
*www.buchner.de*